UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1910-1911 N° 65

DE

LA MIGRAINE

TARDIVEMENT AGGRAVÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 25 Janvier 1911

PAR

Georges-Fernand RIVIÈRE

Né à Bordeaux (Gironde), le 19 février 1883

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

Examinateurs de la Thèse :

MM. PITRES	professeur.	*Président*
LE DANTEC	professeur.	*Juges*
ABADIE	agrégé.....	*Juges*
CRUCHET	agrégé.....	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT Aîné & C^ie^

8 — Rue Paul-Bert — 8

1911

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1910-1911 **N° 65**

DE

LA MIGRAINE

TARDIVEMENT AGGRAVÉE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 25 Janvier 1911

PAR

ACAD LYON BAT BIBL.

Georges-Fernand RIVIÈRE

Né à Bordeaux (Gironde), le 19 février 1883

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

Examinateurs de la Thèse :

MM. PITRES	professeur.	*Président*
LE DANTEC	professeur.	*Juges*
ABADIE	agrégé.....	*Juges*
CRUCHET	agrégé.....	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT Aîné & C^ie^

8 — Rue Paul-Bert — 8

1911

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES ..... Doyen

PROFESSEURS :

MM. DUPUY, PICOT, LANELONGUE, VERGELY, LAYET, BADAL, Professeurs honoraires

	MM.		MM.
Clinique interne	ARNOZAN, PITRES	Matière médicale	BEILLE
Clinique externe	DEMONS, VILLAR	Médecine expérimentale	FERRÉ
Pathologie et thérapeutique générales	CASSAËT	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE
Clinique d'accouchements	LEFOUR	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	DENUCÉ
Anatomie pathologique	COYNE	Clinique gynécologique	CHAVANNAZ
Anatomie	GENTES	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS
Anatomie générale et histologie	VIAULT	Chimie biologique	DENIGÈS
Physiologie	JOLYET	Physique pharmaceutique	SIGALAS
Hygiène	AUCHÉ	Pathologie exotique	LE DANTEC
Médecine légale	L. LANDE	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON
Chimie	BLAREZ		
Histoire naturelle	GUILLAUD		
Pharmacie	DUPOUY		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez ..... MM. MOURE
Clinique des maladies mentales ..... RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE *(Pathologie interne et Médecine légale.)*

MM. VERGER, ABADIE, CRUCHET | MM. PETGES, J. CARLES

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe : MM. VENOT, GUYOT, ROCHER | Accouchements : MM. CHAMBRELENT, PERY

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie : MM. PRINCETEAU, CAVALIÉ, AUBARET | Physiologie ..... MM. GAUTRELET
Histoire naturelle ..... MANDOUL

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie ..... M. BENECH | Pharmacie ..... MM. BARTHE, LABAT

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Thérapeutique et Pharmacologie	MM. MONGOUR
Médecine opératoire	BÉGOUIN
Accouchements	CHAMBRELENT
Physiologie	GAUTRELET
Ophtalmologie	N.
Clinique dentaire	CAVALIÉ
Anatomie et physiologie élémentaires (Etudiants en chirurgie dentaire et Elèves sages-femmes)	SELLIER

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME — A MA FILLE

A mon Beau-Père

MONSIEUR LE DOCTEUR PHÉLIPPOT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MADAME PHÉLIPPOT

A MONSIEUR CAUSSAT

A MES FRÈRES ET BEAUX-FRÈRES

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

1905-1906

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUVET

MÉDECIN DES HOPITAUX

1905-1906

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Externat 1906-1907

MONSIEUR LE DOCTEUR E. BITOT

MÉDECIN DES HOPITAUX

Externat 1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR HONORAIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Internat provisoire. Juillet 1909

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ABADIE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

A mon vénéré Maitre et Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Respectueux hommage de notre
profonde reconnaissance.

Internat provisoire 1908-1909

AVANT-PROPOS

M. le Professeur Pitres veut bien aujourd'hui accepter la présidence de notre thèse, c'est une nouvelle marque de bienveillance qu'il ajoute à celles qu'il a déjà eues pour nous ; qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre gratitude et de notre très grande admiration.

C'est dans le service de ce maître que nous avons eu la chance d'être momentanément l'élève de M. le Professeur agrégé Abadie. Nous le remercions bien vivement de s'être intéressé à nous et de nous avoir fourni le sujet de cette étude.

Tout d'abord nous fûmes un peu surpris, car, nous devons bien l'avouer, nous avions cru que la migraine ne dépassait guère la quarantaine et nous pensions, en compagnie de bien d'autres, sur la foi des traités et monographies divers, que, vers l'âge de quarante ans, la migraine n'était plus que l'ombre d'elle-même, qu'elle était en période de décroissance, qu'elle n'était que l'image affaiblie de la migraine de l'âge adulte et même nous avions de ce fait un exemple assez proche.

Notre maître nous dessilla les yeux et nous apprit qu'il y avait une forme de migraine à évolution un peu spéciale, caractérisée par ce fait qu'à l'âge où classiquement elle doit disparaître, la migraine s'aggravait dans ses symptômes et dans sa durée.

Le premier moment de surprise passé, ce sujet nous intéressa. D'abord, nous devons l'avouer, parce que nous connaissions mal la migraine. Les migraineux ne fréquentent pas les hôpitaux, on ne les rencontre ni dans les salles, où

ils n'ont que faire, ni aux consultations gratuites. Le jour de crise, le migraineux reste chez lui, s'enferme pour ne pas être importuné et vit sa crise dans l'ombre et le silence. Le lendemain, soulagé, dans un état d'euphorie très spéciale qui fait désirer à certains migraineux leurs accès futurs, le malade d'hier ne songe plus au dernier accès, à peine redoute-t-il le prochain. D'autre part, fils de migraineux, au dire de Bouchard et de son école, le migraineux doit tenir de ses ascendants les remèdes familiaux qui l'aident à passer la crise ; il sait aussi de par expérience ou plutôt croit que cette crise est nécessaire pour équilibrer sa santé, aussi l'accepte-t-il comme une fatalité et la subit-il comme telle. Peut-être aussi parce que la classe riche paye à la maladie un plus lourd tribut que la classe ouvrière, nous ne voyons pas de migraineux dans nos hôpitaux.

Nous connaissions la migraine d'après nos traités classiques; cliniquement nous ne connaissions pas les migraineux. Ce sujet devait donc nous intéresser parce qu'il allait nous mettre en rapport avec une maladie cliniquement nouvelle pour nous et aussi parce que, du même coup, nous allions étudier et décrire une forme spéciale de l'évolution migraineuse.

Il y a, parmi les malades qui nous occupent, une catégorie de migraineux qui sort de la réserve habituelle propre à ces malades. Ces migraineux sont à l'âge où leur affection devrait leur laisser un repos relatif, du moins on le leur avait appris ainsi, et ces malades voient tout à coup leur mal s'accroître, ce qui n'est pas sans les inquiéter quelque peu. La souffrance devient de jour en jour, de crise en crise plus pénible à supporter, aussi se décident-ils à venir à une consultation. Ceux-là seuls, en petit nombre, défilent dans les consultations médicales. C'est parce que notre maître, M. le Professeur agrégé Abadie, en avait vu, c'est parce qu'il avait déjà porté plusieurs fois le diagnostic de « migraine augmentée » qu'il nous conseilla de traiter ce sujet.

Puisse le satisfaire ce modeste travail.

INTRODUCTION

Le sujet n'est pas neuf et si, en 1907, M. le Dr Mathieu pouvait écrire qu'à sa connaissance il n'y eût pas d'auteurs qui ait insisté sur cette forme spéciale de l'évolution de la migraine, nous ne le pouvons plus après lui.

Dans la *Gazette des hôpitaux*, MM. Mathieu et Roux publiaient un article sur : « La migraine tardivement aggravée » :

« Des personnes, des femmes presque toutes, ont, dès leur enfance ou au début de leur adolescence jusque vers la quarantaine, des crises de migraine correspondant assez exactement au type décrit par Lasègue.

» A cette époque, les crises migraineuses au lieu de s'atténuer et de disparaître, tendent au contraire à devenir plus fréquentes, plus intenses et plus longues. Elles ne durent plus seulement vingt-quatre ou trente-six heures comme auparavant, mais deux ou trois jours.

» La céphalalgie hémicranique acquiert une grande violence, elle devient intolérable, l'état nauséeux est très accentué, parfois les vomissements deviennent véritablement incoercibles. Quelques malades sortent de ces crises absolument épuisés. »

Plus tard, en 1907, dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif*, M. le Dr Mathieu publia quelques observations résumées de migraines tardivement aggravées.

Que nous reste-t-il donc à faire.

Dans un premier chapitre (Historique), nous retracerons brièvement l'histoire clinique de la migraine et nous nous

attarderons quelque peu sur l'évolution de cette maladie. Nous exposerons comment les différents classiques ont limité la marche de cette névrose. Pour terminer, nous ferons entendre quelques voix dissidentes, nous signalerons quelques remarques d'auteurs qui ont pressenti notre sujet ; mais nous pourrons dire avec M. le Dr Mathieu : « Les auteurs n'ont pas mentionné que les crises de migraine s'aggravent souvent en persistant au delà de la période de la vie où elles disparaissent habituellement. Ils se bornent à signaler cette persistance anormale sans, du reste, paraître s'en étonner autrement. »

Dans un second chapitre, nous publierons des observations de migraines tardivement augmentées, les unes empruntées à l'ouvrage de M. Mathieu, d'autres personnelles. Nous terminerons cette exposition par quelques remarques qui nous ont paru intéressantes et que nous n'avons trouvées dans aucune autre observation.

Dans un dernier chapitre, nous passerons succinctement en revue les principales hypothèses pathogéniques et nous essaierons de montrer comment on pourrait expliquer pathogéniquement l'augment de la migraine à la période de la vie dite âge de retour.

Un essai de traitement et des conclusions termineront ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Une maladie n'est réellement définie que si elle repose sur une cause spécifique, une lésion déterminée, une évolution toujours identique dans son ensemble. Cause et lésion qui provoquent le syndrome douloureux migraineux demeurent inconnues; il ne nous reste donc, pour définir cette névrose, que son évolution, sa symptomatologie, et nous dirons que la migraine ou mieux que le migraineux est un individu, homme ou femme, enfant ou vieillard, qui présente, présentera ou aura présenté au cours de sa vie des phénomènes douloureux hémicraniens survenant par accès périodiques, accès accompagnés ou non de troubles digestifs, sensoriels ou moteurs.

Ainsi nous ne préjugerons ni de la cause ni de la lésion et nous pensons que cette définition résume assez bien cet état morbide et peut s'appliquer à tous les migraineux.

Lasègue, l'illustre migraineux, a défini sa migraine; il la décrivit et fit de son accès le type de la crise vraie, légitime. Les migraines qui n'étaient pas superposables à la sienne étaient des migraines qui devaient être tenues pour suspectes. Il est défendu d'avoir la migraine plus d'une fois par semaine, il est interdit de ne l'avoir qu'une fois par an. La migraine n'est pas à l'usage des enfants et lorsque le migraineux a doublé la quarantaine il ne doit plus songer à ses crises de jeunesse.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie

de la migraine, il nous paraît un peu brutal de limiter ainsi une affection quelle qu'elle soit, et la migraine en particulier.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici la critique des différents ouvrages publiés sur la migraine ; tel n'est pas notre but ; qu'importe pour nous qu'une crise qui ne dure que quelques heures ne soit pas une crise légitime : ce qui nous intéresse, ce n'est pas la migraine en général, c'est la migraine tardivement aggravée, mais nous attirons l'attention sur ce point que chez nos malades dont les observations figurent au chapitre suivant, les crises migraineuses d'avant la quarantaine étaient bien des migraines légitimes du type Lasègue et nous sommes persuadé que les crises actuelles sont bien du même type morbide que les crises anciennes. Il ne s'agit pas de céphalées plus ou moins obtuses, confuses et diffuses, mais de crises hémicraniennes douloureuses, mais plus douloureuses et aussi plus longues que celles du passé. Aussi légitimes que les crises adultes sont les crises migraineuses de nos observations; elles diffèrent non pas tant par leur qualité que par leur intensité, leur durée et leur répétition.

Bien que la migraine ne soit pas une maladie grave au sens que nous sommes habitués à donner à ce mot, nous avons conservé le titre de M. le Professeur Mathieu parce que, par l'intensité de leurs symptômes, ces migraines ont une apparence de gravité réelle.

Avant d'entreprendre l'étude des migraines tardivement aggravées, nous allons passer en revue les opinions des historiographes de la migraine sur l'évolution de ces crises douloureuses périodiques qui font de quelques individus des migraineux.

Gubler et Bordier, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* disent que les accès de migraine vont en se rapprochant pendant une période de la vie pour s'en aller et disparaître dans une autre; elle s'éteint, ajoutent-ils, sur le seuil de la vieillesse.

Dans les *Archives de médecine,* dans une revue critique du

travail très important de Liveing sur la migraine, Lasègue s'exprime ainsi :

« La migraine n'est pas une maladie indéfiniment durable ; de même que chaque accès a son cycle, de même la somme des accès obéit à une évolution. A mesure que le malade parvenu au maximum de la diathèse redescend vers la guérison, les crises deviennent de moins en moins correctes, quelques symptômes surnagent, d'autres disparaissent, la durée est plus inégale et les accès sont remplacés par des malaises moins pénibles, qui se prolongent ou par des poussées douloureuses plus aiguës et plus passagères. Le diagnostic différentiel serait presque impossible à cette période décroissante si on n'avait pour se guider les commémoratifs. »

Et ailleurs :

« Quand le migraineux se sénilise, la maladie s'éparpille pour ainsi dire ; elle perd sa netteté, son âpreté, ses caractères deviennent vagues et confus, l'accès diminué, dilué, n'est plus que le fantôme de ce qu'il a été autrefois, il n'y a qu'un mal de tête diffus, mal localisé, qui permet au malade de continuer à vivre sa vie ordinaire, mais se prolonge ordinairement plus longtemps que ne le faisait l'accès aigu et franc. »

Axenfeld, dans son *Traité des névroses,* dit à peu près les mêmes choses ; il a remarqué cependant que la migraine, très courte au début, va en augmentant pendant les premières années de son existence, atteint un maximum de durée et d'intensité, puis va décroissant d'une façon irrégulière et disparaît aux approches de la vieillesse.

Dans le *Dictionnaire de Dechambre* il est dit que les accès vont en se rapprochant pendant une période de la vie pour s'éloigner et disparaître dans une autre.

Pour Archipoff, Hallion, Soula, Sarda, l'évolution de la migraine est toujours la même, toujours elle débute aux approches de la puberté, toujours elle décline au seuil de la vieillesse.

D'ailleurs, ni les uns ni les autres ne disent à quel moment on est au seuil de la vieillesse, ils laissent au lecteur le soin

d'établir lui-même cette date critique ; du moins auraient-ils pu prendre le critérium de Peter chez l'homme et celui de la ménopause chez la femme et, pour ce qui intéresse directement nos observations féminines, nous considérerons le seuil de la vieillesse, l'âge auquel la femme n'est plus réglée ; ce n'est pas une limite absolue, mais la femme chez qui l'artério-sclérose est plus rare peut avoir l'âge de ses règles, comme l'homme peut avoir celui de ses artères. Il n'y a pas, d'ailleurs, de rapport direct et un homme jeune encore peut avoir des artères sclérosées comme une femme jeune encore peut ne plus en être à la période active de sa vie génitale.

Quelques auteurs sont plus précis, rarement ils ont insisté sur les rapports des règles et de la migraine ; quelques-uns l'ont fait cependant.

Sauvages admettait une migraine lunatique en rapport avec les menstrues.

Sarda met en doute la périodicité des accès ; pour lui, le retour des accès est variable suivant les sujets et même chez le même sujet : « Quelquefois cependant, ajoute-t-il, ils reviennent régulièrement tous les mois et chez les femmes il n'est pas rare d'observer un accès à chaque époque menstruelle ; d'ailleurs, à mesure que le malade vieillit, les accès deviennent moins fréquents et moins douloureux. »

Pour Meige et Feindel, cette névrose débute ordinairement à l'âge de l'adolescence, se prolonge dans l'âge mûr et cesse souvent à l'approche de la vieillesse ; chez la femme, avec la ménopause.

Eulenburg dit que la migraine, fréquente de la puberté à cinquante ans, est relativement rare dans un âge plus avancé. Il ne s'en développe plus de nouveaux cas et ceux qui existaient antérieurement disparaissent, à mesure que le sujet avance en âge, les crises s'apaisent et cessent complètement vers cinquante-cinq ans, puis il ajoute : « La ménopause semble avoir une heureuse influence sur leur développement. »

Cependant Malherbe, dans sa thèse inaugurale, rapporte

des observations de Cazalis qui aurait vu, à la Salpêtrière, des femmes de soixante-quinze, quatre-vingts et même quatre-vingt-quinze ans chez lesquelles les accès de migraine avaient persisté à se montrer sans décroître d'intensité. Toutefois, ajoute l'auteur, ce sont là des cas rares et les crises de ces migraines tardives sont, en général, confuses et mal caractérisées.

Sans mettre en doute les observations de Cazalis, il nous semble que Lasègue n'eût pas accepté comme migraines légitimes ces migraines ultra-séniles.

Une remarque de Jaccoud semble en contradiction avec l'évolution telle qu'elle est comprise et qui l'est en effet : « Un assez grand nombre de migraines commencent chez les femmes à l'époque de la ménopause. »

Des faits analogues ont été décrits par M. le Dr Mathieu sous le nom de migraines tardives ; elles sortent de notre cadre.

Enfin nous arrivons au nom de Tissot, que tout ouvrage sur la migraine n'oublie pas de signaler, mais nous ne croyons pas que ce passage ait jamais été reproduit, bien qu'intéressant et parce qu'il contient en germe le travail de M. le Dr Mathieu et notre propre travail.

Nous citerons tout le passage écrit par Tissot sur l'évolution de la migraine parce qu'il nous apparaît comme l'un des moins partiaux :

« La migraine est certainement une des maladies qui sont souvent héréditaires et alors elle attaque quelquefois dès l'âge de sept ou huit ans, quelquefois même plus tôt. J'ai vu des personnes ne pouvoir pas se rappeler à quel âge elles avaient eu les premiers accès ; on peut même, sans hérédité, en être attaqué de fort bonne heure : cependant, c'est plus souvent depuis treize ou quatorze ans, jusqu'à dix-huit ou vingt, qu'elle commence ; elle est dans toute sa force jusqu'à cinquante-cinq ou soixante ; alors, ordinairement les accès s'affaiblissent, s'éloignent, et presque toujours avant soixante-dix ans on n'en a plus que de faibles attaques ; souvent même, elle passe

tout à fait, et cette seule observation suffit pour faire pressentir que la migraine est une espèce de maladie critique qui ne se dérange pas impunément et une multitude de faits le démontreront.

» *Chez les femmes, elle redouble souvent à l'approche de la suppression des règles et pendant leur dérangement, et diminue ensuite, quand cette époque est tout à fait passée.* »

Cette dernière remarque est celle qui répond le mieux à nos observations personnelles et dans les observations que nous apportons la relation entre la ménopause et l'augmentation tardive de la migraine ne nous paraît pas douteuse ; nous reviendrons sur cette idée et, avant d'aller plus avant, nous rapporterons une observation tirée de ce même livre de Tissot, observation qui montre que l'auteur avait bien remarqué cette augmentation tardive de la migraine :

« J'ai vu, dit-il, un autre malade astreint à un genre de vie sédentaire et studieux, qui avait aussi eu la migraine très jeune, mais dont les accès étaient tous au moins de douze heures et le laissaient extrêmement faible pendant un jour. D'abord éloignés, ils devinrent plus fréquents et revinrent pendant quelques années tous les mois, puis tous les quinze jours, tous les huit jours et plus souvent, mais toujours terminés par les vomissements. A l'âge environ de soixante ans, ce qui est opposé à la marche ordinaire, ils devinrent si fréquents qu'il ne pouvait plus s'assurer d'être bien deux jours de suite, quoique quelquefois il eût de plus longs intervalles. »

Cette observation, la seule que nous ayons trouvée dans les auteurs avant celles de M. le Dr Mathieu, montre bien que déjà Tissot avait eu notion de cette augmentation du syndrome douloureux hémicranique. Mais c'est, malgré tout, au docteur Mathieu que revient l'honneur d'avoir attiré particulièrement l'attention sur ces formes tardivement aggravées.

En résumé, pour la plupart des auteurs, la migraine est une maladie qui vieillit et qui vieillit plus vite que l'individu qui la supporte. C'est encore une maladie qui, bien vivante pen-

dant la période adulte de la vie, s'affaiblit et tend à disparaître sur le seuil de la vieillesse.

Nous avons pu constater, d'autre part, que ces mêmes auteurs qui sont à peu près tous d'accord sur l'époque de l'instauration de la migraine, s'entendent mal sur ce qu'il convient d'appeler : « le seuil de la vieillesse ». Les uns, les jeunes, fixent pour cette époque la quarantaine ; d'autres, plus sages, parce que plus âgés, reculent un peu cette limite jusqu'à cinquante ou cinquante-cinq ans.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Au début du précédent chapitre, nous avons donné une définition symptomatique de la migraine, définition générale, qui puisse être adaptée à tous les cas. Au début de ce nouveau chapitre, nous allons décrire un accès type qui sera un terme de comparaison pour nos observations personnelles. Nous empruntons aux descriptions des différents auteurs, et en particulier à Lasègue, les principaux traits de l'évolution de la crise de la migraine commune.

La douleur, précédée de vagues prodromes, tels que sensation de bien-être, vivacité intellectuelle décuplée, boulimie, la douleur, disons-nous, ouvre la scène. Son siège est variable au début et chaque individu a son point faible, mais trois points principaux sont ordinairement en cause : c'est un point de la région sous-orbitaire, ou un point temporal, ou un point oculaire. A côté de ces points douloureux initiaux, il y en a d'autres moins fréquents, tels le point occipital ou le point sincipital.

De ce point fixe, presque toujours le même pour chaque individu, la douleur rapidement s'irradie dans tout l'hémicrane correspondant.

De quel type est la douleur? Superficielle chez les uns, profonde chez les autres, elle peut être à la fois au cours d'une même crise superficielle et profonde; toujours très pénible, elle s'affaiblit par instant pour revenir, plus terrible. Les uns parlent de rongements profonds, d'autres de sensa-

tion de vrille, d'autres éprouvent une disjonction des os du crâne ou un éclatement de la cervelle, d'autres parlent d'un martellement continu qui s'exaspère par moment; mais à chaque individu est ordinairement départi un type douloureux dont il ne sort guère.

En même temps que ces phénomènes douloureux, coïncidant avec eux, les troubles gastro-intestinaux sont très fréquents, pour ne pas dire habituels. L'analogie de ces symptômes avec ceux du mal de mer avait fait donner par Liveing la dénomination de « sick headache ». Ils vont de la nausée aux vomissements presque incoercibles; ceux-ci, alimentaires au début, deviennent glaireux à la suite et sont parfois bilieux.

L'anorexie est complète, ou bien le malade peut manger sans inconvénient, mais par expérience le migraineux ne mange qu'au déclin de la crise et dans l'espoir de l'abréger un peu.

La constipation est la règle.

Les troubles nerveux sont ordinairement plus rares dans la migraine commune. On note cependant des bourdonnements d'oreille, de l'hyperacousie, du côté des yeux des scintillements, des hallucinations. Avec du Bois-Reymond et Möllendorf, les Allemands ont décrit des troubles vaso-moteurs et ont distingué des migraines rouges ou sympathico-paralytiques et des migraines blanches ou sympathico-toniques.

Des phénomènes moteurs peuvent être observés, mais ils sont assez rares. C'est ainsi qu'on a publié des observations de « migraine hémiplégique » et des « migraines compliquées d'aphasie ».

Le migraineux est photophobe en général; le contraire est vrai, mais combien plus rare. Il fuit le mouvement qui exaspère la douleur, et redoute pour la même raison le vomissement; cloîtré dans sa chambre, il attend patiemment la fin de cette crise, qui peut durer de six à trente-six heures, mais toujours à peu près le même temps pour un migraineux donné.

Certains symptômes, au sujet desquels le migraineux averti

ne se trompe pas, annoncent la fin prochaine de la crise. Chez quelques-uns, c'est un vomissement; chez un autre, le besoin de manger; chez un autre encore, le besoin d'aller à selle, ou bien le sommeil s'empare du malade, et tout rentre dans l'ordre.

A côté de ce type, le plus fréquent, il en est de plus graves: migraines ophtalmiques, ophtalmoplégiques; il en est de moins douloureux et certains migraineux peuvent vaquer à leurs occupations quotidiennes.

A côté de ces formes, il en est une, celle qui nous intéresse, qui ne suit pas cette marche; elle dure davantage, les crises sont plus douloureuses, les paroxysmes plus insupportables, et les migraineux qui sont affligés de cette recrudescence insolite viennent se plaindre, parce que leur mal commence sérieusement à les inquiéter. A certaine période de leur existence, vers la quarantaine, des migraineux qui jusque là n'étaient pas sortis du cadre normal de la migraine, évoluent: coup sur coup, ils ont à subir les attaques réitérées de leur mal, ou bien ils voient leur crise, qui ne durait que vingt-quatre heures, s'éterniser; ce sont ces cas mal vus, mal étudiés par les auteurs que nous allons décrire.

Nous avons vu que pour la plupart des auteurs la migraine est rare dans un âge avancé ou que du moins, si elle persiste, elle est atténuée.

Dans son mémoire publié dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif,* M. le Dr Mathieu s'exprime ainsi : « Nous avons eu, pour notre part, l'occasion, depuis une dizaine d'années, d'observer onze personnes chez lesquelles la migraine qui s'était montrée dans l'enfance ou l'adolescence s'est traduite par des crises à la fois plus intenses et plus fréquentes, à un âge compris entre quarante-cinq et cinquante-quatre ans. »

En voici, d'une façon sommaire, plusieurs exemples :

Observation I (Mathieu)

Mme H..., cinquante-deux ans. Migraineuse depuis l'âge de vingt ans. Les crises ne s'accompagnent pas toujours de vomissements. Depuis un an, les crises sont beaucoup plus fortes et plus fréquentes, avec vomissements glaireux.

Observation II (Mathieu)

Mme F..., cinquante-quatre ans. Migraines depuis l'âge de dix ans. Les crises étaient plus violentes, mais d'une fréquence moindre. Depuis deux ans, elles se reproduisent deux ou trois fois par semaine. Parfois, au moment des crises, la malade perçoit des zigzags lumineux devant l'œil gauche et de temps en temps il se produit de l'hémianopsie. Nervosisme. Bon appétit, n'ose manger à sa faim de crainte des malaises éprouvés au cours de la digestion. Ptose au foie et au rein droit.

Améliorée au début d'une facon passagère par le traitement : repos au lit, régime lacto-végétarien ; cure laxative.

Observation III (Mathieu)

Mme G..., cinquante-deux ans, a des migraines depuis l'enfance ; les crises ont une tendance à augmenter dans ces dernières années.

Amélioration marquée par le régime lacto-végétarien et l'usage du sel de Carlsbad à dose laxative.

Observation IV (Mathieu)

Mme B..., quarante-six ans. Migraines franches depuis l'âge de huit ans, survenant en général tous les mois. Actuellement, les crises sont beaucoup plus fréquentes.

Observation V (Mathieu)

M. G..., quarante-sept ans. Migraineux depuis l'enfance. Pas de vomissements, mais état nauséeux très pénible pendant les crises et efforts de vomissements intenses. Depuis quelques mois, les crises sont

devenues de beaucoup plus fréquentes. Dyspepsie sensitivo-motrice. Tendance à la constipation.

Observation VI (Mathieu)

Mme R..., quarante-neuf ans. Migraines depuis longtemps, très intenses durant quarante-huit heures. Les crises sont devenues plus intenses, elles surviennent tous les huit ou dix jours, durent deux ou trois jours et laissent la malade épuisée. Scoliose, ptose rénale, dilatation gastrique.

Régime d'exclusion. Boissons chaudes exclusivement. Teinture de Colombo. Gentiane et ipéca. Douches en jet, froides.

Revue un mois plus tard : deux crises seulement de migraine dans le mois. Eau de Carabaña tous les deux jours.

Revue trois semaines plus tard : n'a eu que deux crises nouvelles, une légère et une intense.

Revue trois mois plus tard : n'a eu que trois crises, la première très forte, les deux autres assez légères.

Observation VII (Mathieu)

M. D..., quarante-six ans. Migraines depuis l'âge de dix ans. Crises intenses durant quarante-huit heures, s'accompagnant de vomissements. Quinze à seize crises par an.

Depuis quinze mois, les crises paraissent s'atténuer depuis qu'il avait été fait des lavages d'intestin contre la constipation ; mais il y en a eu trois dans le même mois. M. D... mange beaucoup de viande.

Traitement : Régime lacto-végétarien et cures laxatives. Le malade est revu neuf mois après ; il annonce une très grande amélioration au point de vue des migraines.

Observation VIII (Mathieu)

M. V..., quarante-trois ans. Migraines depuis le collège. Crises survenant à peu près tous les mois, s'accompagnant de nausées et de vomissements d'une durée d'un, puis de deux jours.

Depuis quatre ou cinq ans, les crises sont plus fréquentes, elles se

montrent toutes les semaines, elles durent trois jours. Elles ne s'accompagnent pas habituellement de vomissements. M. V..., qui est négociant en vins, fait des excès alimentaires répétés.

Observation IX (Mathieu)

Mme G..., cinquante ans. Migraineuse depuis l'apparition des règles. Crises hémicraniques, avec vomissements durant vingt-quatre heures. Dyspepsie douloureuse depuis deux ans; aérophagie. Depuis cette époque, les crises de migraines sont beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus intenses.

Observation X (Mathieu)

Mme M. H..., quarante-huit ans. Migraines depuis l'enfance; au moment des règles, de cinq heures du soir au lendemain matin, s'accompagnant de vomissements glaireux.

Les crises ont disparu à quarante-cinq ans pour reprendre à quarante-sept ans, avec une durée égale et une intensité plus grande. En même temps, troubles dyspeptiques, aérophagie et constipation.

Observation XI (Mathieu)

M. H..., quarante-huit ans, représentant de commerce, vient à la consultation de l'hôpital Andral, le 24 août 1906. Depuis longtemps souffre de migraines très violentes qui augmentent de fréquence et d'intensité depuis l'âge de quarante ans. Il est très constipé et souffre vaguement de l'estomac. Actuellement, il éprouve continuellement une grande sensation de fatigue, surtout marquée le matin au réveil et s'accompagnant à ce moment de maux de tête et d'état nauséeux.

Il a perdu complètement l'appétit, ne mange plus et a considérablement maigri. Les migraines, intolérables, le prennent actuellement une ou deux fois par semaine. L'accès débute le matin et dure deux jours. Sommeil agité, insomnie, démangeaisons, pas de crampes, pas d'épistaxis, pas d'œdème malléolaire. A supprimé de son régime le pain et les légumes.

Urine souvent, deux à trois fois la nuit.

Examen :

Foie : 12 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Estomac : Pas de clapotage, mais, après ingestion d'un verre d'eau, l'organe descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et est le siège d'un clapotage et d'un bruit de flot.

Les urines contiennent un nuage d'albumine.

Régime lacté et sel de Carlsbad artificiel.

5 septembre 1906. Même état, même régime, même quantité d'albumine.

12 septembre 1906. Amélioration sensible, diminution des migraines et de l'état nauséeux, n'a plus d'albumine. Poids, 50 kil. 400.

3 octobre 1906. Le mieux continue. Régime lacto-végétarien, légumes verts.

17 octobre 1906. Poids, 63 kilogrammes. Va tout à fait bien. Les migraines ont disparu complètement. Il existe encore quelques douleurs localisées à la nuque. La constipation persiste, malgré une demi-cuillerée de poudre de Carlsbad.

Mis au régime des fruits cuits et légumes verts.

23 novembre 1906. Poids, 63 kil. 400. Les migraines, les douleurs de tête ont disparu et ne sont pas revenues. Avec le régime végétarien, n'a plus de constipation. Traces à peine sensibles d'albumine. Même régime.

21 janvier 1907. Excellent état. Le malade pèse 68 kil. 500 ; ne se reconnaît pas lui-même tant il se trouve bien. Régime végétarien ; très légères traces d'albumine.

M. le Dr Mathieu conclut ainsi :

« La persistance de la migraine et son aggravation à une époque de la vie où elle s'atténue et disparaît le plus souvent ne sont donc pas très rares, tout au moins dans la catégorie des malades que notre spécialisation médicale nous amène à observer. »

Voici, d'autre part, quelques brèves observations de malades venus à la consultation de M. le Professeur Pitres et au sujet desquels le diagnostic de migraine tardivement aggravée fut porté.

Observation XII

(Consultation de M. le Professeur Pitres)

Mme L..., quarante et un ans. Migraines de tout temps; la première à dix ans; après qu'elle a été réglée, les migraines sont revenues régulièrement, précédant l'écoulement menstruel.

Actuellement, les migraines sont plus fréquentes et reviennent deux et trois fois par semaine, surtout après les repas.

Céphalée bilatérale, débute au niveau des tempes et des yeux et dure une journée. Est obligée de se coucher. Pas de troubles du côté de la vue.

La douleur est très violente « en dedans » ; pendant les crises, la tête est sensible au toucher. Vomit quelquefois à la fin de la crise et les vomissements la soulagent beaucoup.

L'estomac ne la gêne jamais en dehors des crises de migraine. Son ntestin fonctionne bien. Est réglée normalement.

Examen :

Femme adipeuse.

Estomac sensible à la pression au niveau de sa partie supérieure.

Observation XIII

(Consultation de M. le Professeur Pitres)

Mme M..., cinquante-cinq ans. Maux de tête deux fois par mois, d'une durée d'un jour ou deux. Depuis une quinzaine d'années, les maux de tête ont augmenté. Toute la tête lui fait mal. Elle souffre tellement qu'elle ne sait plus où elle est et perd connaissance.

Observation XIV

(Consultation de M. le Professeur Pitres)

Mme P..., quarante-trois ans. A toujours été sujette à la migraine; depuis quelque temps, les accès augmentent et reviennent tous les trois jours.

Observation XV

(Consultation de M. le Professeur Pitres)

M^me^ S..., cinquante-deux ans. Migraines depuis l'âge de quinze ans. Début au niveau d'un œil. Ce syndrome migraineux est au complet.

Ménopause il y a quatre ans. Depuis cette époque, augmentation des phénomènes migraineux. Hypertension artérielle.

Observation XVI

(Consultation de M. le Professeur Pitres)

M^me^ G..., cinquante-deux ans. Migraineuse depuis l'âge de quatre ans. Les crises migraineuses ont toujours été semblables à elles-mêmes, mais ont augmenté au cours de ces dernières années.

La crise débute par une lassitude générale, puis la malade s'endort pendant quinze à vingt minutes. Au réveil, la crise éclate et dure trente-six heures. Reviennent maintenant tous les dix jours.

Les crises migraineuses auraient augmenté un peu avant la ménopause. Sensation d'arrachement de la cervelle. Vomissements très abondants.

Observation XVII (Personnelle)

M^me^ M... est âgée de cinquante ans. Née à terme, nourrie au sein jusqu'à dix-huit mois. Ses grands-pères maternel et paternel sont morts vers l'âge de soixante ans, l'un complètement paralysé, l'autre hémiplégique.

Ses deux grands-mères sont mortes jeunes, elle ne les a pas connues.

Sa mère est morte à soixante-quinze ans, d'affection indéterminée, se plaignait constamment de la tête et était obligée de garder le lit. Pendant toute sa vie avait eu à souffrir d'accès migraineux très violents.

M^me^ M... a eu deux frères morts en bas âge, le premier à quinze mois, le second à dix-huit mois, de méningite.

Mme M... naquit la troisième, vint à terme, normalement. Enfant n'a jamais été malade, ni rougeole, ni scarlatine, ni bronchite, rien.

Jusqu'à treize ans, rien de pathologique à signaler. A cet âge, les règles apparaissent, ne provoquant aucun malaise, durent trois ou quatre jours, sans aucun trouble.

De treize à dix-sept ans apparaissent quelques rares accès migraineux, à l'occasion des règles, soit avant, soit pendant l'écoulement menstruel ; mais ces accès sont rares, n'apparaissent pas à chaque période, sont de courte durée, sept à huit heures et disparaissent quand la malade peut s'endormir. Ils surviennent à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, débutent asssz brusquement par une douleur siégeant dans la fosse frontale gauche, au niveau de la face interne de l'os, la douleur s'accompagne de nausées, rarement de vomissements, ceux-ci ne survenant qu'à l'occasion d'une alimentation trop hâtive et sont formés de débris alimentaires et de glaires. En même temps que la douleur apparaissent des frissons très violents et on a peine à réchauffer la malade, puis une grande chaleur succède au frisson et l'accès est à son maximum.

A dix-sept ans, Mme M... se marie. A dix-huit ans fait une première fausse couche de deux mois et demi, fausse couche survenant après une chute. A vingt ans, deuxième grossesse ; une fille vient à terme. Depuis son mariage, les migraines se sont régularisées. Elles apparaissent très régulièrement soit quelques heures avant l'écoulement des règles, soit peudant la menstruation, rarement à la fin. Les périodes intermenstruelles sont calmes, il n'y a pas de migraine.

Au cours de ces deux premières grossesses, l'une se terminant à deux mois et demi, l'autre à terme, les migraines ont disparu. Elles réapparurent avec des règles nouvelles et les suivent exactement. Les accès durent un peu plus, mais sont irréguliers dans leur durée. La douleur est frontale et reste frontale, elle ne s'irradie pas, s'accompagne de frissons, de nausées, rarement de vomissements. En somme, on ne note qu'une durée un peu plus longue des accès, une douleur un peu plus vive et une régularité plus grande dans l'apparition des accès.

Quant à la douleur elle est rongeante, s'exaspère au moindre bruit, au moindre mouvement, la malade fuit la lumière et toutes les odeurs l'indisposent. Pendant toute la crise elle reste au lit, dans l'obscurité,

ne voulant voir personne. En fin de crise, le besoin d'uriner très impérieux se fait sentir, la malade urine beaucoup plus que normalement et à ce moment, pendant l'émission des urines et pendant l'heure suivante, l'accès est à son maximum, la douleur est insupportable, tout l'exaspère, le rongement est plus tenace et des lancements très douloureux augmentent les symptômes. Cependant la crise va se terminer, la malade s'endort et au réveil il n'y a plus trace de malaise. L'estomac est encore un peu brouillé, mais cela passe avec l'alimentation. De vingt ans à trente ans, les choses se passent toujours à peu près la même chose. Pendant ce temps, M^me^ M... est plusieurs fois enceinte.

A vingt-deux ans, deuxième grossesse, insertion vicieuse du placenta, hémorragies très abondantes pendant toute la gestation, accouchement à sept mois, l'enfant a vécu très peu de temps. Au cours de cette grossesse, pas plus qu'au cours des précédentes ni des suivantes, on ne note de migraine, mais des vomissements très nombreux, pouvant faire penser parfois à des vomissements incoercibles. Une quatrième grossesse normale : enfant né à terme, accouchement normal, un garçon, mort à vingt-deux ans, de méningite cérébro-spinale épidémique. Une cinquième grossesse se termine à quatre mois par l'expulsion de deux jumeaux. La sixième grossesse arrive à terme, une fille bien portante, accouchement normal. Les septième, huitième, neuvième, dixième grossesses se terminent par des fausses couches à deux ou trois mois de gestation.

A la suite de ces fausses couches sans cause apparente, M^me^ M... est soignée à Nancy pour annexite double, reste quelque temps malade, revient à Angoulême et redevient enceinte.

Cette dernière grossesse se termina par la naissance à terme d'un enfant actuellement âgé de douze ans et atteint d'asphyxie locale des extrémités depuis un an. Aux mains, le syndrome est très net; aux pieds, amélioration.

Depuis l'âge de trente ans jusqu'au mois de juin dernier, les accès migraineux se sont succédé très régulièrement à chaque période menstruelle. Ils diffèrent un peu par leur évolution des accès de la période précédente. D'abord par leur durée. Les accès nouveaux apparaissent la veille des règles, ils sont annoncés par une période de malaise général, la tête est chaude, puis l'accès éclate en prenant naissance tou-

jours au niveau de la fosse frontale, à la face interne de l'os. La douleur est plus forte qu'avant, mais reste toujours fixée au même point. Les vomissements sont plus fréquents sans jamais être bien nombreux, l'état nauséeux est plus accentué. Enfin l'accès ne dure plus huit à dix heures, mais un peu plus. Pendant la période moyenne de la crise, la face est pâle, jusqu'au moment de la crise urinaire ; puis l'accès s'atténue, la malade a le visage en feu, très rouge, puis elle s'endort et au réveil il ne reste plus rien de l'accès.

Au mois de juin dernier, les règles, qui autrefois ne duraient jamais plus de trois ou quatre jours, augmentent dans leur durée et dans leur quantité. Depuis cette époque, l'écoulement menstruel persiste pendant douze ou quatorze jours et l'écoulement sanguin est tellement abondant que Mme M... est obligée de changer de linge toutes les deux heures « et pas un seul fil n'est sec ».

En même temps que ce dérangement dans l'écoulement des règles apparurent des accès d'un type un peu différent. La douleur, qui auparavant restait localisée au côté gauche, s'étend et gagne le côté droit, celui-ci est toujours cependant moins douloureux, la douleur s'étend aussi du côté des yeux et est très violente en arrière de ceux-ci : c'est un rongement perpétuel, une sensation de tension ; en même temps ont apparu des scintillements lumineux qui durent autant que la crise elle-même et qui s'accentuent lorsque la malade ferme les yeux. L'accès ne dure plus douze heures, il s'éternise et dure autant que l'écoulement menstruel. De courtes accalmies coupent des accès d'intensité plus ou moins grande. Pendant la période intermenstruelle, la douleur persiste affaiblie mais constante ou à peu près. Les rémissions sont de mois en mois plus courtes et tous ces faits ont inquiété la malade et son entourage.

Son médecin s'adressa à M. le Professeur agrégé Abadie, qui a bien voulu nous donner les renseignements suivants :

Etat actuel, le 22 décembre 1910. — La malade, petite, marque bien son âge. La dentition est bonne ; d'autre part, la malade nous déclare manger lentement et ne manger exclusivement que des légumes et des laitages.

Sa paroi abdominale est lâche, ses organes ptosés en bloc.

Du côté de l'intestin, on note de l'entérite muco-membraneuse datant de quelques mois et en voie d'amélioration.

Très sobre, n'a jamais bu beaucoup de vin et n'en boit plus depuis longtemps.

Ses réflexes sont normaux, les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

A cause de ses fausses couches nombreuses et répétées nous avions pensé à la syphilis.

Nous n'avons pu trouver d'autre stigmate, la malade a d'ailleurs fini par nous avouer que toutes avaient été provoquées.

Il n'y a pas d'artério-sclérose, mais une hypertension artérielle assez notable, 17 à l'appareil de Riva-Rocci.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais du sable.

Le 31 décembre 1910, nous avons revu la malade, soumise à une médication hypotensive.

Les règles n'ont pas réapparu ce mois-ci ; les douleurs de tête sont moins violentes.

Observation XVIII (Personnelle)

Mme L..., quarante-six ans, née dans le département de Lot-et Garonne.

Ne se souvient que de sa grand'mère maternelle, morte à quatre-vingt-sept ans, qui n'avait jamais eu d'autre maladie que des migraines. Son père mourut d'accident à soixante-huit ans. Sa mère, à trente ans, de « fièvre cérébrale ». A un frère âgé de trente ans et qui jouit d'une parfaite santé.

Mme L... n'a jamais été malade, pas de maladie d'enfance, ni rougeole, ni scarlatine, ni variole. Cest la première fois, nous dit-elle, que je vois un médecin et c'est parce que mon mal commence à m'inquiéter.

L'histoire de ce mal tient la plus grande partie de sa vie. Il débuta à l'âge de seize ans ; avec les premières règles apparut la première crise de migraine. De cette première crise elle n'a que des souvenirs peu précis et elle ressemble trop aux suivantes pour qu'elle puisse l'en séparer.

La douleur commence en un point très voisin de l'émergence du nerf sus-orbitaire. Elle est profonde, très limitée au début de la crise et c'est seulement avec la pulpe de son index qu'elle nous montre le point de

départ douloureux des crises d'autrefois, qui est d'ailleurs le même que celui d'aujourd'hui. De ce point très limité, siège d'un rongement profond, la douleur s'étale et envahit bientôt tout l'hémicrane correspondant ; mais au point de vue évolutif des accès, il y a quelque chose qui nous a paru intéressant à noter.

Jamais la crise n'a éclaté deux fois de suite du même côté ; toujours et très régulièrement, les crises sont alternativement droite et gauche. « Je sais très bien, nous dit Mme L..., que ma prochaine crise se passera à gauche, puisque la dernière était à droite ; jamais je ne me suis trompée, et si, par hasard, la crise était revenue deux fois du même côté, je l'aurais bien remarqué. »

En même temps qu'apparaissait la douleur sus-orbitaire, la malade était prise d'un grand froid, frissonnait de tout son corps, puis au bout d'un temps plus ou moins long un grand feu s'emparait d'elle, auquel succédait une période de sudation très intense.

Des nausées, des vomissements survenaient sans ordre apparent, tantôt au début, tantôt à la fin, tantôt à n'importe quel moment de la crise. Les vomissements peu nombreux, un ou deux par crise, étaient rarement alimentaires, étaient presque toujours bilio-glaireux et quelquefois acides comme du vinaigre.

Pendant ce temps, la douleur s'étend vers la région occipitale et pendant toute la durée de la crise trois points seront toujours plus douloureux que le reste de l'hémicrane, ce sont les points sus-orbitaire, occipital et mastoïdien ; en ces points, c'est un rongement sans arrêt ; ailleurs, la douleur est plus sourde, plus martelante que rongeante, et coupant par moment la monotonie de la douleur des grands élancements.

Pendant trois ans, de seize à dix-neuf ans, c'est toujours à peu près la même chose, les crises douloureuses hémicraniennes reviennent à chaque période menstruelle, précédant de quelques heures l'apparition des règles ou survenant le dernier jour.

La crise durait six à huit heures et peu à peu les trois points douloureux maxima s'affaiblissaient, la tête tout entière s'engourdissait et puis disparaissait la douleur. La malade s'endormait alors profondément et au réveil il ne restait plus rien du cauchemar vécu la veille.

A noter un besoin impérieux d'uriner, besoin sans cesse renouvelé et qui ne cessait qu'avec la crise, ou un peu avant, en même temps que s'atténuait la douleur aux points maxima.

A seize ans et demi, la malade se mariait ; à dix-neuf ans, cessation des règles, Mme L... est enceinte et avec la grossesse disparaissent les migraines. Pendant tout le temps de la gestation n'a jamais vomi, n'a jamais eu de migraine, elle ne s'est jamais si bien portée ; une seule chose la gène, c'est une constipation opiniâtre que rien ne peut faire céder. Lasse de lutter contre elle, elle passe le dernier mois de sa grossesse sans aller à selle. Accouchement normal, à terme ; pas de suites pathologiques. Elle nourrit sa fille au sein.

Quelques mois après l'accouchement, elle se réveilla un matin avec son point sus-orbitaire douloureux ; la migraine était annoncée, elle réapparut avec la même intensité qu'autrefois et précéda de douze heures environ la réapparition de nouvelles règles. La crise d'hémicranie fut assez courte, mais s'accompagna de nausées et de vomissements, de frisson, de chaleur et du même besoin d'uriner.

Peu de temps après, son mari meurt d'accident, Mme L... avait alors vingt et un ans. Pendant la période suivante, de vingt et un à trente-cinq ans, les phénomènes douloureux et gastriques se succèdent régulièrement dans le même ordre. L'hémicranie est toujours droite, puis gauche, les points douloureux débutent toujours par le point sus-orbitaire pour s'étendre à l'occiput et à la mastoïde ; les vomissements apparaissent toujours en cours de crise sans en influencer la marche. Une chose a changé, c'est la durée des crises qui peu à peu augmente ; à trente-cinq ans, les crises se sont accrues et évoluent en dix-huit ou vingt-quatre heures.

Mme L... se remarie et de ce second mariage a un enfant. Dès le début de la grossesse, comme pour la première, les règles cessent et avec elles les migraines ; retour de celles-ci avec réapparition de celles-là. Cette nouvelle série de migraines est caractérisée par un accroissement dans le nombre des vomissements, quatre ou cinq par crises, acides au début, bilieux à la fin, ils laissent après eux une grande lassitude et ne soulagent pas la douleur.

Jusqu'à il y a cinq mois, les choses se passent ainsi. Depuis cette époque, Mme L... a remarqué que la période menstruelle n'a pas varié dans sa durée, elle perd comme autrefois pendant quatre jours, mais les pertes sont plus abondantes.

Les crises douloureuses hémicraniennes sont devenues plus fréquentes

et plus violentes. Le rongement, limité à trois points autrefois, s'étend à d'autres points qui varient, les douleurs sont plus tenaces, les rémissions sont de plus courte durée. La crise ne dure plus vingt-quatre heures, mais trente-six et même quarante-huit heures ; de plus, dans l'intervalle des crises mensuelles, s'en intercale une, quelquefois deux qui ne le cèdent en rien aux crises régulières. Les vomissements, qui autrefois n'apparaissaient qu'au nombre de quatre ou cinq au maximum, sont devenus très fréquents. Avec le frisson initial et l'apparition du point sus-orbitaire apparaît le premier vomissement, acide très abondant, d'autres lui succèdent de quart d'heure en quart d'heure pendant les deux premières heures, puis ils deviennent moins fréquents dans la suite, toutes les demi-heures, puis toutes les deux heures. Il y en a plus de vingt par crise ; dans leur intervalle, l'état nauséeux persiste. Le besoin d'uriner est plus impérieux qu'il n'a jamais été et « si je m'écoutais, nous dit la malade, je serais constamment sur le vase. »

La malade sort de ces crises absolument épuisée, la tête vide.

Indépendamment de cela, M^me^ L... a régulièrement depuis deux mois, toutes les nuits, un vomissement d'eau mélangée de glaires et de bile. Elle est réveillée par un malaise, a des nausées, puis le vomissement survient ; après quoi elle s'endort.

Inquiétée par tous ces phénomènes, M^me^ L... vint à Bordeaux voir son médecin, qui nous l'adressa.

M^me^ L... fut examinée par nous le 15 septembre 1910. Elle est à la fin d'une crise qui a duré plus de deux jours. Au cours de cette crise, un phénomène nouveau pour elle est apparu, c'est le déplacement de la douleur, c'est d'ailleurs la cause déterminante de sa consultation. « La migraine a commencé à droite, nous dit-elle, puis dans la nuit passa à gauche. Jamais cela ne m'était arrivé et, pour la première fois, je ne sais plus de quel côté sera la prochaine crise, mais je crois bien malgré tout qu'elle sera à gauche ». La malade attend ses règles pour le lendemain.

M^me^ L... a quarante-six ans, ses traits sont fixés et bien qu'elle nous déclare ne plus souffrir, elle porte souvent la main à son front ; au début de notre interrogatoire, elle est venue se placer à contre-jour, car la lumière, très affaiblie cependant, de la pièce lui est encore sensible.

Examen : La dentition est mauvaise, plusieurs dents manquent, d'autres sont cariées.

La malade mange ordinairement très vite depuis qu'elle se connaît, il en a toujours été ainsi, elle ne s'asseoit jamais pour prendre ses repas ; qui ne durent pas plus de cinq minutes. « Je ne mâche même pas, j'avale tout ». Après ces repas, elle a l'estomac lourd et gonflé, elle sait que c'est parce qu'elle mange trop vite, mais ne peut pas faire autrement.

Très constipée, ne va à selle qu'une fois par semaine, quelquefois même une fois seulement en quinze jours.

Mme L... est très sobre, ne boit à ses repas qu'un peu d'eau rougie, mais boit beaucoup de café. « J'en ai bu plus de six barriques. »

Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes ; l'estomac n'est pas douloureux à la palpation profonde ni à la percussion, descend à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La paroi abdominale est un peu faible et nous avons remarqué un peu de ptose du rein droit.

Pas d'artério-sclérose appréciable. Cœur normal, bruits bien frappés. Tension artérielle paraît normale, mais nous ne l'avons pas mesurée.

Les autres appareils sont normaux.

Pas de troubles sensoriels ni en dehors ni pendant les crises.

L'analyse des urines nous a montré qu'il n'y avait ni sucre ni albumine.

Observation XIX (Personnelle)

Mme G..., née à Saint-Amant, dans le Cher, est âgée de quarante sept ans.

Sa grand'mère maternelle avait de fréquentes migraines. N'a pas connu ses autres grands-parents. Son père est mort à soixante-quatorze ans, de grippe infectieuse. Sa mère succomba huit jours plus tard à la même maladie ; était très sujette à la migraine. Mme G... a un frère âgé de cinquante ans, diabétique.

Nourrie au sein, n'a pas eu de maladie d'enfance et depuis n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui nous occupe et qui l'inquiète.

Réglée pour la première fois à treize ans, avec les règles commence l'histoire de la maladie. De violentes coliques utérines les annoncent, coliques très douloureuses qui font tomber la malade, sans que cependant elle perde connaissance. Ces coliques sont si violentes, qu'elles

s'accompagnent de vomissements alimentaires quelquefois, mais le plus souvent bilio-glaireux.

En même temps apparaît une douleur brusque au niveau de la bosse frontale droite ou gauche, mais bien plus fréquemment droite. Très limitée au début, la malade insiste sur sa localisation profonde : c'est dans le cerveau, il lui semble que des pinces lui tordent la cervelle.

Puis la douleur s'étale, envahissant tout un côté de la tête; c'est tantôt une sensation d'étau qui lui écraserait le cerveau, une sensation de torsion, de rongement sourd et lointain, en même temps « toute la tête lance », et lorsqu'elle remue il lui semble que toute la cervelle ballotte.

De proche en proche, la douleur gagne la région occipitale et en ce point se fixe une douleur plus aiguë; plus tard, c'est au tour de la mastoïde d'être en jeu. A ce moment et lorsque celle-ci est prise, la crise est à son maximum et dure ainsi douze heures. Pendant ce temps, la malade, qui est ordinairement très active, est incapable de faire quoi que ce soit; elle reste étendue, fuyant le bruit et la lumière, évitant le mouvement, qui exagère la douleur. Les coliques utérines cessent les premières, l'écoulement menstruel s'établit et la crise peu à peu devient moins violente, la douleur disparaît des points maxima, devient uniforme, s'affaiblit et un engourdissement général succède à la douleur aiguë; on note aussi chez cette malade une émission d'urine très abondante pendant la crise, la malade va cinq, six fois au cabinet par heure : urines abondantes, très claires.

Mariée à vingt ans, elle a successivement deux grossesses, qui se terminent par deux fausses couches : la première de cinq mois, la seconde de trois.

Pendant ces deux grossesses, les migraines n'ont pas cessé; elles revenaient tous les mois régulièrement, mais étaient bien moins fortes et duraient moins.

Enceinte pour la troisième fois, M^me^ G... voit les migraines disparaître dès le début de la gestation et ne réapparaître que lorsque revinrent les règles.

Ces crises n'ont rien de bien particulier; les coliques utérines, bien moins fortes qu'autrefois, marquent toujours le début de l'installation des règles et de la crise migraineuse. Maintenant, la malade est avertie

la veille que la crise éclatera par ce fait que les urines sont blanchâtres et laissent au fond du vase un dépôt gluant analogue à du blanc d'œuf. Cet état des urines reste ainsi pendant toute la durée de la crise et ce n'est qu'à la fin de celle-ci que se produit une décharge urinaire très abondante d'urines très claires. Enfin, pendant cette période les vomissements, qui au début marquaient seulement l'apparition des crises, ont un peu augmenté, il y en a deux ou trois au cours de la crise, irrégulièrement répartis.

Depuis deux ans les choses se passent différemment et « le mieux que la malade attendait de l'âge s'est changé en pire ».

Il y a deux ans, fut soignée pour une métrite qui régressa assez rapidement. La métrite guérie, les migraines augmentèrent.

Les vomissements ouvrent la scène, il n'y en a plus qu'un, mais cinq, six se succédant à des intervalles de dix minutes, s'accompagnent de sensation de froid et de frissons très violents qui la secouent de la tête aux pieds et qui suivent chaque vomissement. Les deux premières heures sont atroces : vomissements, froid, frissons se succèdent sans interruption; la douleur est atroce. La crise, qui, peu à peu, a augmenté de durée, évolue maintenant en trente-six heures, laissant la malade absolument épuisée.

Il y a six mois, les règles ne reparaissent plus, mais les phénomènes de migraine réapparaissent; il n'y a plus de coliques utérines, mais il y a toujours des vomissements très nombreux, des frissons très intenses, une douleur insupportable. Presque toujours la migraine évoluait à droite, les crises gauches étaient moins violentes; maintenant, la migraine passe de droite à gauche au cours d'une même crise et celle-ci n'est pas moins douloureuse que celle-là.

De plus, la migraine apparaît n'importe quand, tous les mois, tous les quinze jours et même tous les huit jours.

D'autres phénomènes sont apparus; c'est ainsi qu'après chaque repas Mme G... sent des bouffées de chaleur lui envahir la face, ses carotides et ses temporales battent avec force et quelquefois apparaît la migraine sous forme d'accès absolument semblables à ceux qu'elle avait quand elle était à l'époque de ses règles; elle ne perd pas connaissance, mais ne sait ce qu'elle fait ni comment elle vit.

Autrefois, lorsque les migraines étaient régulièrement assujetties aux

règles, entre les crises elle s'occupait activement de son ménage, maintenant elle a peur et n'ose plus sortir de peur d'être prise en route de son mal atroce.

Il y a quelques jours, Mme G... revenait de la campagne, après le déjeuner elle avait pris le train en compagnie de sa petite fille, âgée de quinze mois. En cours de route elle est prise d'un accès de migraine, arrive en gare de Bordeaux tremblant de tous ses membres, écrasant contre sa poitrine la petite fille dont elle a la garde et qu'elle a peur de laisser tomber; elle arrive chez elle, à peu de distance de la gare d'arrivée, mais ne sait pas comment elle a pu venir, ni par où elle est passée, ni comment elle est sortie de la gare.

Les crises ont tendance à réapparaître toutes les semaines, quelquefois deux fois par semaine et durent en moyenne deux jours.

Inquiète, Mme G... se décida à demander conseil à son médecin, qui eut la grande obligeance de nous l'adresser.

Le 6 octobre, nous avons été voir Mme G... La malade est levée, elle n'a pas de crise, marque à peu près son âge, son intelligence est vive et c'est de bonne grâce qu'elle répond à notre long interrogatoire : « Il y a deux jours, je n'aurais pu vous dire tout cela, je souffrais trop. »

Examen. — La dentition est à peu près bonne et Mme G... mange très rapidement. Les affaires de son mari le tenant souvent hors de chez lui, elle a remarqué que lorsqu'elle était seule elle mangeait beaucoup plus rapidement et avait, après ces repas précipités, l'estomac gonflé et lourd, les digestions plus pénibles, des bouffées de chaleur plus insupportables.

L'estomac n'est pas douloureux à la pression, il ne l'incommode d'ailleurs jamais en dehors des crises.

Constipation très opiniâtre depuis toujours. Ne peut aller à selle qu'avec lavements.

Sobre, Mme G... boit un verre d'eau rougie par repas, mais ne saurait se passer du café qu'elle aime beaucoup; en prend trois verres par jour.

Les autres appareils sont normaux et nous n'avons rien trouvé de suspect au point de vue spécifique, bien que deux fausses couches aient attiré notre attention de ce côté.

Urines sans sucre ni albumine.

Hypertension artérielle notable. Pas d'artério-sclérose.

Observation XX (Personnelle)

Mme V..., née dans le département de la Dordogne, est âgée de quarante-huit ans.

Son père est mort à cinquante-huit ans d'une pneumonie double; sa mère, à soixante et un ans, de congestion pulmonaire: était sujette à de fréquents maux de tête hémicraniens, mais la malade ne peut nous donner de renseignements plus précis.

A eu sept frères et sœurs. De ces huit enfants, trois sont encore vivants; notre malade et deux frères. Cinq sont morts jeunes, de maladies inconnues de Mme V... Une sœur est morte d'infection puerpérale.

A un frère actuellement âgé de cinquante-quatre ans et se portant très bien. Jeune, il avait de fréquentes migraines, qui ont complètement disparu depuis quelques années. Un autre frère se porte bien, est âgé de trente ans.

Dans ses antécédents collatéraux, nous n'avons rien trouvé qui puisse nous faire penser à des migraines; il n'y a pas de migraineux, pas d'arthritiques ni de goutteux.

Personnellement, Mme V... n'a jamais été d'un tempérament robuste; a été traitée à l'âge de seize ans pour de l'anémie, mais dans son jeune âge nous n'avons relevé aucune maladie infectieuse; elle ne se souvient que de ce fait, qu'elle s'enrhumait facilement et encore elle ne passe jamais un hiver sans bronchites qui, d'ailleurs, sont de courte durée.

A dix-sept ans est réglée pour la première fois. Avec ses premières règles, commence l'histoire de la maladie pour laquelle dernièrement elle fit appel à son médecin qui nous l'adressa.

La migraine apparut et la malade se souvient fort bien de cette première atteinte. La douleur débuta au niveau de la tempe et rapidement gagna tout l'hémicrane correspondant, sans atteindre cependant la région occipitale. Elle fut obligée de se coucher, mais n'eut pas de vomissements. Cette première crise dura six heures, puis la malade s'endormit. Au réveil, plus de trace de douleur et pour la première fois elle fut réglée. Depuis cette époque, Mme V... fut réglée à peu près

régulièrement, mais avec, chaque fois, un retard de trois ou quatre jours.

Depuis cette époque également, elle eut régulièrement des crises de migraine qui précédaient de vingt-quatre heures l'apparition des menstrues.

A dix-huit ans elle se marie; première grossesse à dix-neuf ans. Jusque là les crises de migraine se succèdent à un mois d'intervalle, avec une durée de six heures environ. Mais, dès le début de la grossesse, les migraines disparurent et la malade n'eut que des vomissements très fréquents pendant les quatre premiers mois de la gestation. L'accouchement fut normal. Mme V... essaya de nourrir son enfant au sein, mais dut bientôt se faire aider du biberon et peu à peu, ayant moins de lait de jour en jour, elle dut donner seulement le biberon.

Trois mois après l'accouchement, la migraine réapparaît, dure douze heures, affecte le même type qu'autrefois. Elle débute soit par la tempe droite, soit par la tempe gauche, s'étend en ondes douloureuses d'avant en arrière pour s'arrêter au niveau d'une ligne horizontale passant par les deux apophyses mastoïdes, sans jamais atteindre la région sous-occipitale. Deux points sont surtout très douloureux, le point temporal et le point mastoïdien. La douleur, d'abord limitée à la tempe, ressemble à un rongement de la face interne de l'os, puis devient martelante et lancinante et elle s'étend dans la portion de l'hémicrane que nous avons limitée en arrière. En avant, la douleur n'est jamais oculaire; elle s'arrête au bord sourcilier. Les vomissements sont rares; parfois, cependant, surviennent en fin de crise, fatiguent beaucoup la malade pendant qu'ils se produisent, exaspèrent un moment la douleur; puis lorsqu'ils ont cessé, le mieux se fait insensiblement et la malade s'endort. Cette crise survenait trois mois après l'accouchement et fut suivie vingt-quatre plus tard par la réapparition des règles.

Depuis cette époque, entre vingt et trente-cinq ans, Mme V... a eu trois grossesses qui furent normales et identiquement semblables à la première. Les migraines ont chaque fois disparu dès le début de la gestation, ont devancé de vingt-quatre heures le retour de nouvelles règles. Au début de chaque grossesse, vomissements qui s'arrêtent, a remarqué Mme V..., lorsqu'apparaissent les premiers mouvements du fœtus.

Entre trente-cinq ans, époque de sa dernière grossesse, et quarante-trois ans, les migraines qui peu à peu ont augmenté de durée, évoluent maintenant en vingt-quatre heures d'un matin au suivant et n'ont plus les mêmes caractères. La crise est annoncée la veille par un état de dépression générale et d'énervement, par un besoin d'uriner plus fréquent que de coutume. La crise éclate le matin suivant, de bonne heure, la malade est réveillée par une douleur profonde qui ronge la face profonde du temporal, à droite ou à gauche indifféremment, douleur avec des rémissions de courte durée et aussi des exacerbations au moindre bruit, au moindre mouvement ; certaines odeurs, celle de la menthe, de l'eau des Carmes l'exagèrent, d'autres lui sont indifférentes et même agéables, tel le parfum de l'eau de Cologne. La douleur née au niveau de la tempe passe au-dessus du sourcil (l'œil n'est jamais douloureux), gagne la ligne médiane, remonte vers l'occiput sans jamais l'atteindre, puis vient se fixer au niveau de la mastoïde. Autrefois profonde, elle l'est encore mais compliquée d'une douleur superficielle. « La peau est douloureuse, moins que la cervelle, mais je ne puis la toucher ni rien supporter sur la tête. En dedans, à certains moments, c'est comme un abcès qui lance ; à d'autres, on dirait que l'on me martèle le cerveau ; en dehors c'est comme si on m'arrachait la peau et l'os en tirant sur les cheveux. »

Au cours de ces crises, les vomissements sont exceptionnels, mais des nausées très pénibles la fatiguent. En fin de crise, un vomissement abondant survient, glaireux, contenant de la bile et de l'eau ; il provoque tout d'abord une exaspération de la douleur par la violence des mouvements qu'il provoque, puis une heure environ après tout rentre dans l'ordre ; le besoin fréquent d'uriner qui n'a cessé pendant toute la crise disparaît, la douleur s'atténue, la malade peut penser à autre chose qu'à son mal et finit par s'endormir. Au cours de certaines crises, il n'y a pas de vomissement mais, le remplaçant, un violent frisson qui dure parfois un quart d'heure et secoue la malade, puis une grande chaleur s'empare d'elle, la tête est en feu et à ce moment la douleur est très violente. Peu après, le mieux survient et la crise s'achève comme après le vomissement.

Depuis l'âge de quarante-trois ans, c'est-à-dire depuis cinq ans, les choses se sont modifiées.

A quarante-trois ans, certaines perturbations se sont montrées au cours de l'écoulement menstruel. Avant cette époque, Mme V... était réglée à peu près régulièrement pendant six jours. A partir de cette date, la durée des règles n'est plus que de quatre jours. Les deux premiers jours les pertes sont très abondantes, bien plus qu'autrefois ; à la fin du second jour, l'écoulement sanguin tend à disparaître et à la fin du quatrième jour, quelquefois à la fin du troisième, l'écoulement sanguin est tari.

Du côté de la tête, voici comment les choses se passent depuis cette époque :

La topographie des régions douloureuses est la même.

La malade est réveillée le matin par la douleur temporale, mais n'est que peu surprise, car la veille elle a été d'une irritabilité peu commune et qu'elle connaît. Pour rien elle se met « dans des colères noires » et même les choses qui lui sont ordinairement très indifférentes l'irritent profondément.

Elle ne peut tenir en place et le besoin d'uriner est très fréquent.

Le matin donc, réveil douloureux, envahissement rapide de la tête par la douleur ; la douleur est du même type que précédemment, mais plus violente, la complique des bourdonnements d'oreille insupportables, bourdonnements intermittents et coupés parfois de sifflements très aigus.

L'état nauséeux est permanent, les vomissements autrefois terminaux surviennent en cours de crise, sans apporter de soulagement, au contraire. Plus de trente fois par jour éprouve le besoin irrésistible d'uriner, n'éprouve jamais celui d'aller à selle ; des frissons surviennent sans cause apparente et ne marquent plus la fin de la crise ; celle-ci s'achève au bout de trente-six heures et il n'est pas rare que pendant ce temps la migraine quitte le côté primitivement atteint pour passer à l'autre assez brusquement. Cette seconde atteinte est en général de moins longue durée et d'intensité moindre que la première, aussi la malade la désire et est satisfaite de son apparition.

Il y a deux ans, début de cataracte, opérée ; pas de troubles depuis cette époque à l'état normal, mais lorsque la malade souffre de son hémicranie, aux symptômes précédemment décrits s'ajoutent des hallucinations visuelles. Au cours de ces crises il lui semble voir des morts et aussi des squelettes.

C'est surtout depuis deux ans que Mme V... voit ses souffrances augmenter. A eu vers cette époque une crise de migraine telle que son entourage affolé fit appeler son médecin. Cette crise, sans précédent, commença par la région frontale et sur la ligne médiane, de là s'étendit à toute la tête et la « rendit presque folle » ; il lui semblait que sa tête s'ouvrait, que les os s'écartaient, se disloquaient, qu'elle les entendait craquer et que sa cervelle sortait par la brèche ; par instant cela s'apaisait et elle compare les douleurs éprouvées à « des tranchées de coliques du cerveau » ; il me semblait, ajoute-t-elle, que « j'avais un cancer dans la tête qui me dévorait tout. »

La crise, très forte, si forte que pour la première fois un médecin la vit à ce sujet, dura vingt-quatre heures, se termina par des vomissements et la malade put enfin dormir.

Le lendemain, au réveil, apparut une crise d'hémicranie semblable à celle qu'elle avait autrefois et qu'elle trouva très supportable, comparativement à celle de la veille. Cette crise marque une phase nouvelle dans l'évolution de la migraine de Mme V...

A dater de ce jour, les crises sont plus nombreuses, elles reviennent à toutes les époques menstruelles, mais il y a toujours maintenant plusieurs crises. L'une, précataméniale, très forte, débutant à droite, à gauche ou sur la ligne médiane, celle-ci étant plus douloureuse, quelquefois d'intensité égale à la première de ce type ; faisant suite à cette crise précataméniale, une crise apparaît le lendemain en même temps qu'apparaissent les règles, mais jamais n'est frontale ; elle débute toujours soit dans la tempe droite, soit dans la tempe gauche, peut passer d'un côté à l'autre, quelquefois encore commence par le sommet de la tête sur la ligne médiane, gagne un côté ; mais, en général, quand elles débutent par ce point, les crises sont de courte durée et d'intensité plus faible.

Enfin il y a encore des crises intercalaires, comprises entre deux époques menstruelles et qui naissent sous l'influence du froid, du chaud, du changement d'air, elles sont cependant de plus courte durée et ne dépassent que rarement les vingt-quatre heures.

Quant aux grandes crises précataméniales et cataméniales, elles durent sans presque s'arrêter deux jours au moins, trois jours au plus.

Quand la crise est passée, elle reste pendant un jour abattue, déprimée et voudrait pouvoir pleurer, cela la soulagerait.

Elle conserve l'espoir que tout cela finira avec la ménopause et considère ces accidents comme des accidents du retour d'âge.

Mme V.., que nous avons vue le 20 octobre, ne marque pas beaucoup plus que son âge, malgré les grandes souffrances endurées ; elle paraît être en parfaite santé, il est vrai qu'elle est entre deux crises, à moins que, comme elle nous le fait observer, il n'en survienne une, supplémentaire.

Dans ses antécédents nous n'avons relevé qu'une mère migraineuse et à côté d'elle un frère débarrassé de ses migraines.

Rien n'a pu nous faire penser à des accidents syphilitiques héréditaires ou acquis. Jamais de maux de gorge, jamais d'éruption cutanée, pas de chute des cheveux, jamais de fausse couche, pas de maux de tête à caractères spécifiques, rien.

L'appareil digestif nous a paru fonctionner normalement, les dents sont bonnes, l'appétit est bon, ne mange pas vite, les digestions ne sont pas ordinairement pénibles, cependant lorsqu'elle a très faim, ce qui se produit aux approches d'une crise, elle mange plus vite, aussi éprouve-t-elle après le repas des bouffées de chaleur et du ballonnement de l'estomac, mais cela passe vite.

On ne note ni constipation habituelle ni diarrhée. Pas de ptose.

Du côté du cœur, la malade nous signale des palpitations survenant sans cause, surtout lorsqu'elle monte des escaliers ou qu'elle éprouve une émotion, et une tachycardie paroxystique au moment des crises migraineuses. L'auscultation ne nous a rien décelé d'anormal. Pouls, 68 à la minute. Hypertension artérielle.

L'auscultation du poumon ne nous a rien révélé, bien que nous ayons eu notre attention attirée sur ce point par la facilité avec laquelle la malade s'enrhume.

Au point de vue du système nerveux, nous n'avons rien remarqué d'anormal, tant au point de vue des réflexes qu'au point de vue de la sensibilité. A noter cependant une irritabilité plus grande, se manifestant principalement à l'approche des crises, mais qui persiste, quoique à un degré moindre, entre les périodes migraineuses. Cette irritabilité ne remonte qu'à cinq ans tout au plus.

Les organes des sens sont absolument normaux en dehors des crises et nous avons signalé, dans notre observation, les troubles sensoriels dont ils sont le siège pendant l'accès migraineux.

L'examen des organes génitaux ne nous a rien appris de particulier.

L'examen des urines nous apprit qu'elles ne contenaient ni sucre ni albumine.

Dans nos observations personnelles, trois faits ont retenu notre attention.

Tout d'abord, c'est la concordance étroite des crises d'hémicranie avec les époques menstruelles.

Nous avons vu la migraine débuter chaque fois avec l'installation des règles. Nous avons vu que dans ces trois cas la migraine évoluait parallèlement au cours des règles, cessait avec celles-ci pendant tout le temps que durait la gestation et réapparaissait avec les règles, plus ou moins longtemps après l'accouchement.

Nous avons également pu observer que lorsqu'un accident survient au cours de la menstruation, que les règles deviennent irrégulières dans leur apparition, dans leur durée ou dans leur quantité, survient parallèlement une aggravation très notable dans les phénomènes subjectifs douloureux qui accompagnent les crises de migraine.

Chez l'une de nos malades enfin, la seule qui en soit à la ménopause, nous avons vu augmenter tous les phénomènes morbides.

Le second fait qui a retenu notre attention est le suivant : c'est le besoin si fréquent d'uriner qu'accusent les malades au cours de leurs crises. Chez les unes, ce besoin est impérieux et dure tout le temps de l'accès; chez l'autre, il n'apparaît que par crises, mais n'est pas moins impérieux. Nous ne croyons pas que ce fait ait été signalé avec ces caractères. Bioglio a bien étudié le chimisme urinaire au cours de la crise d'hémicranie et pour lui il y aurait accélération des échanges azotés et, au contraire, hypoazoturie, hypochlorurie, hypophosphaturie dans les périodes intermédiaires. Il y aurait

rétention d'azote, de chlorures, de phosphates pendant les périodes de repos et la migraine serait peut-être provoquée par cette accumulation de déchets dans l'organisme. La décharge aurait lieu et après la crise l'organisme serait en équilibre.

Le troisième point est la fréquence et l'intensité de cette douleur ayant pour siège la mastoïde et l'occiput, douleur en tous points comparable à celle du point de départ de la crise. Nous nous contenterons de la signaler, laissant à d'autres le soin d'éclaircir l'origine de ces points douloureux maxima.

D'autre part, nous pouvons, d'après les observations de M. le Dr Mathieu, d'après les observations recueillies dans le cahier de la consultation de M. le Professeur Pitres et d'après nos propres observations, établir un type de migraine tardivement aggravée.

Le plus souvent, les malades sont des femmes qui, migraineuses depuis la puberté, ont eu des crises d'hémicranie à chaque période menstruelle ; ces accès, d'abord courts, augmentent pour arriver à évoluer en vingt-quatre ou trente-six heures à la période moyenne de la vie. Puis, aux approches de la ménopause, quand les règles deviennent irrégulières soit dans leur quantité soit dans leur durée, la migraine devient plus tenace. Ces accès ont tous leurs caractères d'autrefois, mais durent beaucoup plus, sont plus douloureux ; les vomissements deviennent plus fréquents, revêtent parfois l'allure des vomissements incoercibles de la grossesse. De plus, on note des phénomènes accessoires : bourdonnements d'oreille, hallucinations visuelles qui font leur apparition en même temps que se fait l'augmentation de la douleur chez des sujets qui jusque là en avaient été exempts. Le temps qui sépare deux accès devient de plus en plus court, les rémissions sont moins longues et aussi moins complètes. La malade vit dans un état de mal migraineux, coupé de crises paroxystiques très pénibles d'où elle sort absolument épuisée.

Et ces migraines, qui sont à n'en pas douter en rapport avec la ménopause, comme l'avait si justement remarqué

notre maître M. le Professeur agrégé Abadie, méritent bien les dénominations de « migraine augmentée » ou de « migraine augmentée de la ménopause » que nous retrouvons en marge du cahier de la consultation auquel nous avons emprunté quelques-unes de nos observations.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE — TRAITEMENT

« Nous ne savons rien de la pathogénie de la migraine ». Et plus loin : « Ses fréquentes parentés morbides avec les maladies arthritiques prouvent que sa condition pathogénique peut être provoquée ou préparée par des troubles nutritifs communs à toutes ces maladies. Mais cette condition pathogénique peut être réalisée aussi bien dans d'autres conditions et sous d'autres influences, la migraine gardant sa physionomie propre dans l'un et dans l'autre cas, indépendamment de sa cause ». Voici ce que nous apprend Bouchard quant à la pathogénie de la migraine.

En 1903, Mathieu et Roux écrivaient : « Il faut bien avouer que nous ne savons pas encore ce qu'est la migraine, nous ne savons rien de sa nature ni de sa pathogénie. »

Nous pourrions dire à notre tour que cette question est au-dessus de notre compétence, d'autant que ce ne sont pas les hypothèses plus ou moins fondées qui manquent pour essayer d'expliquer les causes médiates et immédiates auxquelles sont dues les migraines.

Certaines de ces hypothèses n'ont plus qu'un vague intérêt.

C. Pison, cité par Tissot, l'attribuait au dépôt d'une sérosité âcre dans le cerveau.

Ch. Lepois parle de fermentation d'une matière bilieuse qui distendrait les membranes du cerveau.

Pour Willis, tout vient de l'influence des esprits animaux ; c'est également l'opinion d'Hoffmann et de Fordyce.

Nicolas Pison, fils de C. Pison, dit bien, comme son père, que quelquefois la migraine dépend d'une sérosité âcre déposée dans le cerveau, mais le plus souvent « du consensus avec l'estomac et les autres viscères du bas-ventre. »

Cœlius Aurelianus, prévenant la théorie gastrique, avait coutume de vider souvent l'estomac des migraineux.

Alexandre de Tralles est plus positif, tout le mal vient de l'estomac ; ce qui le prouve, c'est que tous les migraineux vomissent.

Devilliers et Deschamps mettent la cause de la migraine dans une maladie des sinus frontaux.

Pour Auzias-Turenne, il s'agit d'une compression des trijumeaux par les sinus caverneux gorgés de sang.

Pour Liveing : « La migraine est liée au tempérament nerveux qui a ses pléthores nerveuses, comme le tempérament sanguin a ses pléthores sanguines. Les unes se dissipent par une décharge électrique, comme les autres cessent par une hémorragie.

D'après Liveing, la force nerveuse pourrait acquérir un certain degré de tension dans le système nerveux et le besoin d'une décharge se ferait bientôt sentir. Cet orage nerveux, constituant la décharge, s'appellerait dans certains cas : migraine, comme dans d'autres : hystérie ou épilepsie.

Pour Calmeil, on a affaire à un trouble nerveux à la fois central et périphérique.

Pour Piorry, c'est une névralgie ascendante à début irien.

Pour d'autres, il s'agit d'un vice de réfraction de l'œil.

C'est, pour Axenfeld et Romberg, la névralgie du cerveau.

Pour M. G. Sée, l'affection serait due à une anémie musculaire.

Pour Morgagni, à un rétrécissement du calibre des vaisseaux cérébraux par des adhérences.

Pour Tissot, Cliffort-Allbut, il s'agit d'un trouble de l'estomac.

Mathieu et Roux, Jacquet et Jourdanet la font également dépendre de troubles digestifs plus ou moins profonds.

C'est également la thèse soutenue par Lasègue, qui considère la migraine comme l'effet réflexe que le nerf vague va puiser dans l'estomac. Cette théorie s'appuie sur ce fait que les migraineux ont en général un mauvais estomac, qu'ils souffrent souvent de dyspepsie et voient souvent leurs accès provoqués par un écart de régime. Ajoutons que l'Ecole anglaise est le défenseur de cette pathogénie. En France elle a aussi bon nombre de partisans.

Mathieu et Roux, Jacquet et Jourdanet ont vu leurs malades s'améliorer sans autre médicament que celui d'un régime lacto-végétarien et par la suppression du café et des boissons excitantes, alcooliques et autres.

En Allemagne, avec du Bois-Reymond et Möllendorf, la théorie vasculaire tend à prévaloir.

D'après les phénomènes qu'il a pu constater sur lui-même, du Bois-Reymond admet une excitabilité anormale du sympathique cervical : « Elle seule, en effet, dit cet auteur, peut rendre compte de la rétraction de l'artère temporale, de la pâleur du visage, de la dilatation de la pupille et du retrait de l'œil du côté malade » ; phénomènes très souvent observés par l'éminent physiologiste de Berlin. Il a été amené, après constatation de ces phénomènes, à attribuer sa migraine en particulier et la migraine en général à un état d'excitabilité et d'excitation du sympathique cervical, provoquant une contraction tonique des muscles des vaisseaux et des muscles oculo-pupillaires.

Möllendorf soutient la thèse diamétralement opposée ; se basant sur la dilatation des artérioles de la rétine et la rougeur de la face au moment des accès, il en a conclu à une paralysie momentanée du même sympathique.

Jaccoud, analysant l'une et l'autre théorie, pouvait écrire : « Quand je songe que la paralysie par épuisement succède souvent à l'excitation exagérée d'un nerf, je suis moins touché de la contradiction apparente des deux assertions précé-

dentes et je suis porté à croire que si ces deux observateurs ont vu des phénomènes opposés, c'est tout simplement qu'ils ont observé à des périodes différentes. J'admets, en d'autres termes, que l'accès de migraine est constitué par une excitation anormale du sympathique, suivie d'une paralysie par épuisement qui marque le déclin et le terme du paroxysme. Ma conclusion me paraît d'autant plus légitime que du Bois-Reymond a constaté et fait constater sur lui-même, vers la fin de l'accès, une coloration rouge de l'œil droit (côté malade) et de l'oreille correspondante, coloration qui était accompagnée d'une sensation vive de chaleur, objectivement appréciable avec la main. »

D'après la théorie de du Bois-Reymond, on explique par la contraction des vaisseaux l'exagération de la douleur à chaque pulsation cardiaque et cela nous fait souvenir du passage suivant trouvé dans Morgagni :

« Il suffit d'un épaississement de la dure-mère et de son adhérence avec l'autre méninge pour expliquer la douleur. Cependant pour que vous compreniez d'une manière plus complète combien les adhérences de cette nature peuvent, en opposant un obstacle au sang, produire des douleurs de tête, réfléchissez que les vaisseaux sanguins étant des veines ou des artères, le sang qui parcourt celles-ci, parvenu à l'endroit où son cours est ralenti est nuisible non seulement par la distension qu'il exerce mais encore par la percussion. Je m'explique, autant il y a de pulsations artérielles, autant de fois le sang frappe les méninges ; de là les douleurs cruelles de la tête. »

Basée sur un autre principe, l'explication pathogénique de la douleur est la même.

D'autre part, il est des cas où la migraine est, à n'en pas douter, liée à des troubles très nets ou même à de simples fonctions qui paraissent être normales. Nous voulons parler des cas où la migraine est synchrone de l'ovulation. Pour Eulenburg, les femmes sont plus sujettes à la migraine que les hommes et cela comme 5 est à 1. Et nous ne sommes pas

éloigné de penser que cette disproportion est due à la fonction ovarienne, fonction périodique qui n'a pas son équivalent chez l'homme.

Chez bien des femmes migraineuses, le rapport est étroit entre la menstruation et les crises d'hémicranie. D'autre part, toutes les femmes réglées ne sont pas soumises à la migraine ; de là à penser que chez les femmes qui ont la migraine pendant leurs règles il doit y avoir un vice organique profond de l'ovaire, il n'y a qu'un pas. Ce pas nous le franchissons en nous basant sur l'étude des trois observations que nous avons exposées dans le précédent chapitre. Nous avons vu, en effet, que des troubles au cours de la menstruation ont amené, à n'en pas douter, une augmentation très sensible des symptômes objectifs de la migraine. Avec l'irrégularité dans l'apparition des règles, avec l'abondance plus grande de sang perdu pendant une de ces périodes, avec une diminution dans la durée de l'écoulement sont apparus des troubles hémicraniens plus violents, plus fréquents, s'accompagnant toujours de vomissements plus nombreux. Et nous arrivons à ce fait qui nous paraît très important, c'est la disparition des migraines pendant la période de gestation chez toutes nos malades. Bien que l'une d'elles au cours des deux premières grossesses ait conservé des crises de migraine, le fait ne nous paraît pas perdre de sa valeur. Ces deux grossesses se sont, en effet, terminées par deux fausses couches. Et nous nous demandons si ce fait n'est pas fonction de l'insuffisance de l'ovaire.

Reprenons les faits :

Deux grossesses terminées par deux fausses couches. Pas de stigmates syphilitiques, la première étant d'ailleurs plus âgée que la seconde, et une troisième grossesse arrivant à terme plus tard.

Pendant les deux premières grossesses, les migraines persistent, réapparaissent tous les mois. Pendant la troisième grossesse, arrivée à terme, la migraine a disparu en même temps que les règles et n'a reparu qu'avec le retour de celles-ci.

Chez nos deux autres malades, l'apparition des règles

amène des crises de migraine ; pendant toutes les grossesses de ces deux malades — s'élevant au nombre de six — disparition des migraines ; réapparition des phénomènes douloureux hémicraniens avec la réapparition des règles.

D'après ces cas, trop restreints en vérité, mais cependant si nets, il semble bien que chez notre première malade les migraines se sont reproduites malgré les grossesses, parce que toutes deux devaient s'achever avant terme. Et nous sommes amené à parler du corps jaune de l'ovaire et à attribuer à l'insuffisance de cet organisme périodique, les causes du mal.

On sait, les physiologistes et aussi les embryologistes nous l'ont appris, que dès que l'œuf est fécondé, se développe au point qu'il occupait dans l'ovaire un organisme nouveau qui rapidement prend, histologiquement parlant, des proportions énormes. Cet organisme nouveau est le corps jaune.

Nous savons, d'autre part, les mêmes physiologistes nous l'ont appris, que l'œuf infécondé est remplacé dans le stroma de l'ovaire par un corps jaune qui n'a pas les mêmes proportions que celui qui remplace l'œuf fécondé. Le corps jaune de l'œuf stérile ne tarde pas à disparaître ; son existence est intermenstruelle, il ne reste à la place qu'il occupait qu'une cicatrice rétractée. Le corps jaune de l'œuf fécondé dure autant que la gestation et conserve de grandes dimensions ; il est lui aussi intermenstruel, mais cet intervalle dure autant que la période aménorrhéique.

Après l'accouchement, le corps jaune tend à disparaître et lorsque la disparition est un fait histologiquement accompli, les règles réapparaissent. Le corps jaune hypertrophié de la gestation doit bien avoir une fonction, puisque, en vertu d'une loi générale, la fonction crée l'organe.

A la suite de Brown-Séquard, les physiologistes ont fait de cet organe une glande spéciale à sécrétion interne, sécrétion d'abord attribuée à l'ovaire. Dans un compte rendu à la Société de biologie, Lambert montrait que l'extrait d'ovaire dépourvu de corps jaune n'est pas toxique et ne possède aucune action sur la circulation et le système nerveux. Ce

n'est donc pas à l'ovaire, mais au corps jaune que sont dévolues les très intéressantes fonctions attribuables à la fonction ovarienne.

Pour Frænkel, le corps jaune est toujours une glande semblable à elle-même, qui, d'après cet auteur, aurait une action directe sur la muqueuse utérine.

Les expériences de Cohn, Magnus, Frænkel permettent de résumer la triple fonction du corps jaune de la façon suivante :

1° Un rôle trophique, car il préside à la nutrition de l'utérus et de ses annexes.

2° Un rôle génital, qui conditionne les hyperémies mensuelles de la femme.

3° Un rôle gravidique qui amène la fixation de l'œuf dans l'utérus et en permet le développement normal.

Mais ce n'est pas tout, si la sécrétion interne du corps jaune fait si puissamment retentir ses effets sur l'utérus, elle possède également une action sur l'organisme tout entier, elle agit particulièrement sur la glande thyroïde.

Starling a montré que le corps jaune sécrète un principe très actif, une « hormone », qui possède entre autres propriétés une action vaso-dilatatrice énergique.

L'extrait de corps jaune injecté à un animal détermine une vaso-dilatation du corps thyroïde; il provoque, en outre, une véritable hypertrophie de cette glande, ainsi que l'ont montré Hallion, Parhon et Goldstein.

Le passage dans le courant circulatoire de l' « hormone » de Starling a donc pour résultat de déterminer une hypertrophie et aussi une hyperfonction de la thyroïde.

Ce que les expériences de laboratoire ont démontré, peut être vérifié en clinique; on a pu noter l'hypertrophie de la thyroïde au moment de l'instauration menstruelle ; de même pendant la gestation, c'est-à-dire quand le corps jaune présente son maximum d'activité, on note assez souvent une hypertrophie thyroïdienne, pouvant dans certains cas donner naissance à un syndrome basedowien fruste. L'insuffisance

de cette fonction ovarienne, et partant thyrovarienne, doit produire des troubles.

Nous avons vu que, d'après Frænkel, le rôle trophique du corps jaune sur l'utérus était très important; que par ses produits de sécrétion la glande nouvelle, dont l'apparition coïncide avec le début de la gestation, devait avoir une importance capitale sur cette gestation et que celle-ci en dépendait.

Nous sommes amené à supposer, ce n'est d'ailleurs qu'une hypothèse, que c'est l'insuffisance de cette glande qui a fait que chez notre première malade les deux premières grossesses se sont terminées par deux fausses couches, comme nous supposons que c'est par insuffisance de cette même glande que les migraines ont persisté pendant la durée de ces grossesses terminées par deux fausses couches.

Elargissant notre pensée, nous croyons qu'il y a un rapport direct entre l'insuffisance glandulaire de l'ovaire et l'évolution de la migraine. Nous pensons que cette insuffisance de la fonction ovarienne soit capable de produire les troubles sympathiques qui se produisent au cours de l'hémicranie.

L'insuffisance ovarienne provoque une hypothyroïdie qui, seule, d'après certains auteurs, suffirait à provoquer le syndrome migraineux. C'est à Hertoghe que revient l'honneur d'avoir appelé l'attention sur l'hypothyroïdie chronique bénigne et, en particulier, sur une forme de cette hypothyroïdie : la migraine hypothyroïdienne.

Richard, dans sa thèse, cite le cas d'un homme porteur d'un goitre volumineux qui fut extirpé avec succès. Mais moins d'une année après l'opération apparurent des phénomènes d'insuffisance thyroïdienne, tels que constipation, migraines, légère bouffissure des téguments. Les migraines, que l'auteur cite parmi les phénomènes d'insuffisance thyroïdienne, apparurent à la suite de l'ablation du corps thyroïde.

Dans un article de la *Revue neurologique*, Parhon s'exprime

ainsi : « Quant à l'association de la migraine avec les troubles de l'appareil utéro-ovarien, elle peut plaider aussi pour la théorie thyroïdienne, car un grand nombre de travaux, tels que ceux de Heidereich, Lange, Fischer, Freund, Hertoghe, Blondel, Dupuy, Parhon et Goldsteim, Hœnicke, Hudoverning établissent les étroites relations qui existent entre ledit appareil et le corps thyroïde. »

Léopold Lévi et H. de Rothschild apportent six cas de migraine traités, avec de très bons résultats, par l'opothérapie thyroïdienne.

D'autres auteurs ont apporté des faits cliniques analogues.

Schepherd Franz cite le cas d'une femme de quarante-deux ans, dont le père avait souffert de la goutte et de l'eczéma. Dans les trois dernières années, la malade avait souffert d'attaques de migraines avec anorexie, mais sans nausées Mariée depuis quatre ans, elle n'a eu que deux ou trois attaques pendant les neuf mois de sa grossesse. Elle fut réglée deux mois après l'accouchement. Les attaques apparaissent surtout immédiatement avant les menstrues. Elles diminuent pendant la semaine menstruelle, pour augmenter pendant la période intermenstruelle et descendre de nouveau dans la suite. Neuf mois de traitement thyroïdien amenèrent une diminution des accès. Par contre, pendant une pause thérapeutique de six semaines, les accès furent plus fréquents que pendant toute la durée du traitement.

L'influence salutaire de la grossesse sur la migraine signalée par Brissaud, Kowaleski, Lévi et H. de Rothschild doit être considérée, selon la juste remarque de ces deux derniers auteurs, comme une véritable autothérapie thyroïdienne, car cette glande s'hypertrophie pendant la grossesse : « L'influence favorable de la ménopause reconnaît la même interprétation. »

Pour notre part, nous ne doutons pas que dans certains cas la migraine soit directement l'effet d'une hypothyroïdie chronique bénigne, et dans les cas particuliers qui nous occupent nous pensons bien qu'il y a également une hypothyroïdie,

mais que celle-ci reconnaît pour cause une insuffisance ovarienne.

Nous avons vu, avec Eulenburg, que la migraine était de beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, comme 5 est à 1, d'après la statistique de cet auteur. Nous pensons également que cette priorité féminine est due à la fonction ovarienne insuffisante. En effet, plusieurs auteurs et nous-même avons remarqué que très souvent chez les femmes migraineuses les accès étaient liés à la menstruation, qu'ils éclataient soit avant, soit après, mais toujours dans un temps très rapproché de la période cataméniale. En faveur de cette hypothèse, nous avons constaté l'heureuse influence de la grossesse sur la migraine, due à l'hyperfonction pendant toute cette période de la glande « corps jaune ». Nous avons même émis l'hypothèse que c'était peut-être à l'hypofonctionnement de cette glande qu'étaient dues les deux fausses couches signalées par nous précédemment.

D'autre part, nous avons une aggravation du syndrome migraineux au moment où les règles vont être supprimées, où elles sont en période ataxique ou même quand leur suppression est déjà un fait accompli. Nous pensons que c'est à l'insuffisance plus complète de la fonction ovarienne ou à l'abolition de cette fonction qu'est due cette aggravation de la maladie. Insuffisance ovarienne, mal compensée par la fonction thyroïdienne, serait pour nous la raison des troubles qui font que la migraine s'aggrave.

Enfin en faveur de l'origine ovarienne de la migraine, nous signalerons les cas où nous avons affaire à des femmes ayant joui d'une santé parfaite jusqu'à la castration totale et qui, à la suite de cette opération, présentent des migraines uni ou bilatérales. Nous avons vu, au cours de nos recherches sur la migraine tardivement aggravée, une personne, âgée de cinquante ans, ayant subi une castration double il y a dix ans et qui a depuis cette époque des crises migraineuses typiques, bilatérales, accompagnées de nausées et de vomissements. Les cas analogues ne sont pas rares et ont fait le sujet de bien des travaux.

Une autre hypothèse se présente à nous, celle d'une aggravation du syndrome migraineux par une sensibilité exagérée des méninges, sensibilité sénile, due à la sclérose même légère des artérioles du cerveau ou de ses enveloppes. Ce qui nous fait émettre cette hypothèse, c'est l'âge de nos malades, c'est l'apparition de céphalées dues à l'artério-sclérose qu'on rencontre à cet âge. Cependant nous devons dire que les céphalées de la cérébro-sclérose ne sont pas du même type que les migraines que nous avons eu à étudier dans nos observations. Cependant il n'est pas impossible de rencontrer chez d'anciens migraineux ou chez de vieux migraineux une aggravation des douleurs due à la cérébro-sclérose.

Par quel mécanisme l'accès de migraine est-il déclanché?

L'insuffisance ovarienne, provoquant l'hypothyroïdie, est la cause profonde.

Nous allons essayer de montrer comment de ces causes profondes naissent les accès douloureux. Nous croyons que cette ou ces insuffisances glandulaires sont capables de produire les troubles sympathiques que l'on observe au cours de l'accès de migraine. L'insuffisance glandulaire des capsules surrénales, insuffisance nette dans la maladie d'Addison, provoque des vomissements que l'état de l'estomac ne pourrait expliquer. Avec les auteurs allemands, nous ne croyons pas que ce soit le sympathique qui soit le point de départ; nous pensons qu'il n'est, au contraire, que l'intermédiaire qui porte au cerveau la sensation de souffrance profonde de l'organisme tout entier. L'organisme, du fait de l'insuffisance de l'une de ses parties vitales, est en déséquilibre, il souffre. Le sympathique ne serait que l'intermédiaire entre l'organe, qui par son insuffisance a produit le déséquilibre, et le cerveau qui souffre.

Que le sympathique tout entier soit en cause, cela n'est pas douteux. Par ses relations avec tous les organes de la vie végétative s'expliquent les troubles que l'on note sur différents points au cours de l'accès de migraine. Les nerfs périphériques, ou branches efférentes du sympathique, naissent

de la chaîne au niveau des ganglions centraux et vont se distribuer aux viscères, aux glandes et à tous les muscles de l'économie. En haut, la chaîne sympathique envoie par le canal carotidien, à l'intérieur du crâne, deux prolongements qui vont se mettre en rapport avec les ganglions nerveux annexés aux branches du trijumeau et que l'on considère actuellement comme de nature sympathique. Par ces connexions s'expliqueraient les douleurs qui sont, à n'en pas douter, dans le domaine du trijumeau, douleurs maxillaires, douleurs oculaires et aussi douleur superficielle qui envahit la peau dans certains cas.

Tissot parle d'un ami, assez bon anatomiste, qui éprouvait au cours de migraines des douleurs au niveau des ramifications du rameau supra-orbitaire de la 5e paire ; il assurait qu'il aurait pu dessiner le trajet du nerf d'après sa douleur, mais il lui trouvait bien plus de ramifications que l'on n'en démontre ordinairement.

Monro, qui plaçait le siège de la migraine dans la 5e paire, se basait sur ces faits : que le front souffre, l'œil éprouve aussi de vives douleurs et est comme serré, les paupières sont fermées convulsivement, les larmes coulent et on sent une chaleur inquiétante dans les narines.

Bien d'autres faits montrent que le trijumeau est souvent intéressé ; dans les migraines à type ophtalmique ou ophtalmoplégique, il nous paraît bien évident qu'à ce nerf revient le principal rôle. Cependant les migraines ne sont ni des névrites, ni des névralgies de la 5e paire.

Nous admettons que, dans certains cas, les phénomènes sympathiques soient plus accentués dans le domaine du trijumeau, comme dans d'autres ils le sont davantage dans le domaine de l'auditif sans qu'il soit besoin de créer une migraine auditive ou une migraine gustative. C'est vouloir à plaisir morceler une maladie qui, à quelques détails près, est bien toujours identique à elle-même. Que l'œil soit un point faible chez un individu et qu'on ait une migraine à symptômes ophtalmiques dominants, soit : on aura ainsi des migraineux

à symptômes gastriques prédominants, à symptômes auditifs exagérés, mais non des migraines particulières.

Qu'un point douloureux maximum réponde à une tare organique, nous n'en savons rien, mais nous pensons qu'il ne s'agit là que de phénomènes objectifs particuliers, ne pouvant en rien changer la maladie migraine, qui s'individualise bien parmi tant d'autres maladies nerveuses. C'est dans cette seule condition que nous admettons la diathèse et nous pensons que si tel ou tel organe est plus particulièrement en cause, c'est qu'il est constitutionnellement plus faible ou plus ou moins taré.

Quant à la migraine, elle doit être commune, c'est-à-dire ne pas être d'un type déterminé, mais une maladie ayant pour point de départ un organe de la vie végétative, produisant une douleur centrale par l'intermédiaire du sympathique, qui produit les différents troubles constituant les symptômes de la migraine indépendamment de la douleur.

Et le cerveau deviendrait l'appareil enregistreur des troubles qui se produisent dans le domaine sympathique. Il est évident qu'au cours d'une excitation pareille il se produit un bouleversement général dans l'organisme ; l'équilibre est rompu. L'excitation du sympathique produit une augmentation de pression dans l'arbre vasculaire ; sous l'influence de celle-ci, le rein sécrète plus que normalement, d'où ces crises urinaires que nous avons notées chez nos malades. L'estomac et le foie aussi, puisque les matières vomies en cours de crise ne sont guère constituées que par un liquide glaireux souvent très acide et mélangé de bile ; l'intestin lui-même sécrète davantage, il n'est pas rare, en effet, de voir la crise se terminer chez des migraineux constipés d'habitude par de véritables débâcles intestinales.

Les autres signes d'excitation du sympathique ont été décrits par du Bois-Reymond.

Dans cet état de choses, il n'est pas étonnant que l'organe central de la sensibilité concentre en lui et accuse, sous forme d'accès, la souffrance plus obtuse de tout l'organisme. Le

sympathique est doué, en effet, d'une sensibilité assez faible ; or le système nerveux a pour fonction initiale, pour fonction philosophique, la protection de l'individu et réagit par la douleur aux causes qui mettent en danger l'individu. Ici les troubles ne sont peut-être pas plus graves que dans d'autres cas et, cependant, la douleur est plus vive. Rien ne compromet l'individu, mais cependant il y a des troubles, troubles généralisés à tout l'organisme et, devant ces symptômes, le système avertisseur central réagit et cette réaction serait la migraine.

Lorsque la mise en tension nerveuse dont parle Liveing se trouve à son maximum par l'indisposition passagère de tel ou tel organe, fonctionnellement solidaire de tous les autres, la décharge a lieu, terrible, c'est la migraine.

Quant à la migraine tardivement augmentée, sa pathogénie est la même, elle n'est qu'une migraine commune ; mais le déséquilibre est accru peut-être par des complications locales et surtout par la plus grande insuffisance de l'organe sénile, insuffisance non compensée, comme cela doit normalement se produire par la suppléance d'une autre glande.

Quant au traitement, nous ne pouvons le formuler d'une manière certaine, le temps nous a manqué pour pouvoir affirmer que le régime lacto-végétarien, joint à l'opothérapie, puisse donner des résultats certains.

Nous savons peu de choses sur la microchimie des sécrétions internes, mais tous les physiologistes sont d'accord pour leur reconnaître un rôle antitoxique. Si les glandes endocrines d'un individu sont fonctionnellement insuffisantes, les poisons endo et exogènes tendent à s'accumuler ; un régime peu toxique est donc indiqué, le régime lacté ou le régime lacto-végétarien devra donc être prescrit. Les purgatifs légers entretiendront la liberté de l'intestin et compléteront le régime diététique.

Dalché a remarqué que certaines femmes à paroxysmes migraineux au moment des règles conservent dans l'inter-

valle de celles-ci des céphalées plus ou moins violentes qui, d'après l'auteur, ont une allure toxique. Ces céphalées intermédiaires peuvent être justement imputées à la toxicité plus grande du milieu vital, toxicité due à des troubles digestifs surajoutés que nous avons pu noter au moins chez deux de nos malades, troubles en rapport avec le caféisme, avec une mastication insuffisante jointe à une tachyphagie excessive.

Ce premier point du traitement appliqué seul au début nous a donné de bons résultats, les périodes intermenstruelles ont été plus calmes, les crises ont été de plus courte durée.

Restait à suppléer à l'insuffisance glandulaire. Nous étions persuadé que tout le mal venait de l'insuffisance de l'ovaire, du corps jaune : l'opothérapie ovarienne s'imposait donc. Mais nous avons montré que l'action de l'extrait d'ovaire se portait surtout sur la glande thyroïde, dont elle provoquait l'hypertrophie. C'est par l'hypertrophie thyroïdienne cliniquement constatée au cours de la grossesse que Lévi et Rothschild ont expliqué l'action bienfaisante de la grossesse sur les accès migraineux.

D'autres auteurs, Frænkel en particulier, nous avaient appris que le corps jaune avait une action trophique sur l'appareil utéro annexiel. Or à n'en pas douter, chez nos malades, les troubles accusés par elles dénotaient un mauvais fonctionnement de cet appareil.

Il nous sembla bon d'instituer un traitement mixte, l'organothérapie ovarienne fut associée à l'organothérapie thyroïdienne; les premiers résultats ont été satisfaisants, les crises se sont espacées, leur durée diminue, un bien être général a succédé à l'état de malaise, qui ne disparaissait jamais complètement. L'intensité de la douleur est bien moindre et la migraine devient supportable, nos malades sont moins inquiètes et espèrent guérir.

CONCLUSIONS

1° On rencontre assez fréquemment des malades atteints de migraines classiques qui, au lieu de voir leurs accès hémicraniens s'atténuer après l'âge de quarante ans, voient, au contraire, à ce moment leurs accès augmenter de nombre, de durée, d'intensité.

2° Cette augmentation de la migraine se traduit quelquefois par des accès subintrants, avec phénomènes migraineux continus et paroxystiques, créant ainsi un véritable état de mal migraineux prolongé.

3° Cette forme de migraine a été désignée sous le nom de « migraine tardivement aggravée » (Dr Mathieu) ou de « migraine augmentée » (Dr Abadie).

4° La migraine tardivement aggravée se rencontre presque exclusivement chez les femmes. Elle se manifeste aux approches de la ménopause, augmente avec les perturbations menstruelles et peut s'aggraver après la disparition complète des règles.

5° On peut trouver une explication de la migraine tardivement aggravée dans l'insuffisance ovarienne et l'insuffisance du corps jaune en particulier. Cette insuffisance entraîne comme conséquence une perturbation des fonctions endocriniennes de la glande thyroïde.

6° Du déséquilibre fonctionnel de ces glandes résulte une

excitation anormale du sympathique qui produit les troubles circulatoires et organiques formant les symptômes sympathiques de la migraine.

7° Les règles du traitement à appliquer à ces cas de migraine tardivement aggravée sont de deux ordres :

a) Suppléer à l'insuffisance uni ou polyglandulaire.

b) Supprimer toute cause d'intoxication qui augmente le trouble endocrinien.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
A. PITRES.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 janvier 1911.
Pr Le Recteur de l'Academie,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abundo (D'). — *Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria e electroterapia*, vol. I, fasc. I, p. 1, 20 décembre 1907.

Alché (D'). — La migraine ophtalmoplégique. Thèse de Paris 1896.

Alger (E. M.). — To what extent is migraine amenable to treatment of the eyes. New York, 1908.

Archipoff. — Contribution à l'étude de la migraine. Thèse de Paris 1888.

Auvard. — Troubles de l'instauration menstruelle et de la ménopause; leur traitement. *Journ. méd. de Paris*, 1898, p. 129-131.

Axenfeld. — Traité des névroses. Deuxième édition, 1864, t. I, p. 268.

Ballet. — Migraine ophtalmoplégique. *Méd. mod.*, février 1896.

Baker. — A statistical inquiry as to the relief and cure of migraine by the correction of errors of refraction. *Oph. Rec.*, Chicago, 1907.

Barudel. — De l'hémicranie et de son traitement. *Recueil de mém. de méd. milit.*, Paris, 1867.

Berbez. — Les migraines. *Gaz. hebd. de méd. de Paris*, 1889.

Berger. — *Virchow's Archiv*, t. LIX, p. 324.

Bioglio. — Contribution à l'étude clinique de la migraine simple et compliquée. Tip. operdia romana. Rome, 1905.

— Contributo allo studio dell' escrezione urinaria nelle emicranie. *Clin. med. ital.*, Milan, 1906.

— Sul ricambio urinario nelle emicranie. *Riv. sper di freniat.*, Reggio Emilia, 1907.

Birchmore. — Migraine. *Carolina med. Journ.*, 1906, p. 366.

Bittner. — Tractatus de cephalalgia. Viennæ, 1825.

Bordoni. — Le emicranie. Conf. clin. ital., Milan, 1897.

Bornsteins. — Migraine ophtalmoplégique. *Gaz. lek.*, Warszawa, 1908.

Bouchard. — Maladies par ralentissement de la nutrition. Paris, 1882.

Bouchart. — La migraine oculaire. *Limousin méd.*, Limoges, 1906.

Boucher. — A propos d'un cas de migraine ophtalmique. *Policl.*, Bruxelles, 1907, t. XVI, p. 108, III.

Bouillaud. — Nosographie médicale. Paris, 1846.

Cairis. — Sur quelques troubles de la ménopause. *Grèce méd.*, 1903.

Calmeil. — Dictionnaire en XXX volumes, article « Migraine ».

Carron de la Carrière. — Le traitement de la migraine et le Cànabis indica. *Prog. méd.*, 1905.

Cataneo. — La cefalea nell' infanzia. *Bull. de clin.*, Milan, 1906.

Chamberlin. — Migraine. *Lancet clinic.*, Cincinnati, 1907, p. 27-33.

Chaumier. — Thèse de Paris 1878.

Consiglio. — Cura tiroidea in un caso di emicrania ophtalmica.

Dalché. — Troubles gastriques de la ménopause et leur traitement. *Bull. de thérapeutique*, Paris, 1900.

Damoglou. — Migraine datant de vingt ans guérie en deux séances par la suggestion hynoptique. *Rev. de l'hypno.*, Paris, 1904.

Darquier. — La migraine ophtalmoplégique. Thèse de Paris 1873.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Dobson. — On migraine. *Brit. med. Journ.*, Londres, 1908, p. 314.

Du Bois-Reymond. — Zur Kenntniss der Hemicranie. *Müller's Archiv*, 1860.

Dubreuilh. — Migraines. Mém. et Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1896.

Emett. — Théorie nouvelle du flux menstruel et traité des maladies de la tête. Paris, 1757.

Eulenburg et Guttman. — Die Pathologie des Sympathicus. *Griessinger's Archiv*, 1868.

Eulenburg. — Ziemssen's Handbuch der Speciellen. Pathologie und Therapie, 1875.

Fabre. — La migraine chez les enfants. Thèse de Paris 1904.

Féré. — Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique. *Rev. de méd.*, 1881, p. 644.

— De l'état de mal migraineux. *Rev. de méd.*, 1892, p. 25.

— Note sur un cas de psychose migraineuse. *Rev. de méd.*, 1897, p. 390.

— Notes sur quelques signes physiques de la migraine. *Rev. de méd.*, 1897, p. 954.

Folet. — Troubles vaso-moteurs de la ménopause. Opothérapie ovarienne. Bull. de la Soc. cent. de méd., Lille, 1900.

Forlé. — Fenomeni psichici nell' emicrania e i rapporti diguesta con l'epilepsia. *Riv. sper. di freniat.*, 1907.

Frænkel. — La fonction du corps jaune. *Arch. für Gynækologie*, 1903.

Franz. — The physiological study of a case of migraine. *Amer. Journ. Physiol.*, Boston, 1907, p. 14-38.

Freber. — Compendium der Elektrotherapie. Wien, 1869.

Frommhold. — Die Migräne und ihre Heilung durch dei Elektricität. Pesth, 1868.

Galezowski. — Etude sur la migraine ophtalmique. *Arch. gén. de méd.*, 1878, vol. I, p. 669, vol. II, p. 36.

Garret (M^lle^). — Sur la migraine. Paris, 1870.

Gauthier. — Les médications thyroïdiennes. Paris, 1902.

Girard. — La migraine. *Marseille méd.*, 1884.

Gottuzo. — Hemicrania. *Brazil med.*, Rio-de-Janeiro, 1904.

Guido-Guidi. — Sintomi psichici premonitori dell' attaco emicranio. *Riv. sper. di freniat.*, 1907, 440-448.

Gould. — The ocular origin of migraine. *Journ. Amer. med Assoc.*, Chicago, 1905.

Grasset et Rauzier. — Traité pratique des maladies du système nerveux, 1894, t. II, p. 160.

Gubler et Bordier. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. VIII, p. 134.

Hallion. — Article « Migraine ». Manuel de médecine Debove et Achard, 1894, t. IV, p. 477.

Hammond. — Traité des maladies du système nerveux. Trad. Labadie-Lagrave, 1879, p. 1252.

— Migraine. *Internat. clin.*, Philadelphie, 1892.

Hardy. — Menstruation et pathologie menstruelle. *Gaz. de gynéc.*, Paris, 1901, p. 165-181-197.

Harnsberger. — Is eye strain the « general prevailing cause » of migraine. *Virginia med. Semi Month.*, Richmond, 1907.

Hartenberg. — La migraine, névralgie paroxystique du sympathique cervical. *Rev. neurol.*, Paris, 1908, p. 891.

Hertoghe. — De l'hypothyroïdie chronique bénigne. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, Paris, 1899.

Herzfeld. — Zur Behandlung der Migräne. *New Yorker med. Monatschr.*, 1908.

Hobbs. — Note sur un cas de nodosités cutanées avec migraine concomitante apparaissant à chaque époque menstruelle. *Archiv. clin. de Bordeaux*, 1894.

Holst. — Dorpater medic. Zeitschrift, t. II, 1871, p. 261.

Hubbell. — Relation of so called ophtalmic migraine to epilepsy. *Journ. Amer. med. Assoc.*, Chicago, 1908, p. 480-483.

Hudoverning. — Migraine ès epilepsia. Elme ès idegkòrt. Budapest, 1907, p. 236-239.

Hughes. — Migraine. Alienist and Neurol., Saint-Louis, 1884.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne, 1870, t. I, p. 452.

Jacquet et Jourdanet. — Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine. *Rev. de méd.*, 10 avril 1909.

Jayle. — L'insuffisance ovarienne. *Presse méd.*, n° 22, 1900.

Jumon. — Revue générale sur la migraine. *France médicale*, 1888.

Kovalesky. — La migraine et son traitement. Paris, 1902.

Labarraque. — Essai sur la céphalalgie et la migraine. Paris, 1837.

— De la migraine. Thèse de Paris 1883.

Lafon et Villemonte. — Un cas de migraine ophtalmoplégique. Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1905 ; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 avril 1905, n° 14.

Lambert. — Sur l'action des extraits du corps jaune. Comptes rendus de la Soc. de biol., 12 janvier 1907.

Lamy. — Migraine ophtalmoplégique au cours de syphilis cérébrale. Soc. méd. des hôp., 14 décembre 1900.

Lasègue. — De la migraine. *Arch. gén. de méd.*, 1873.

Le Barzic. — Contribution à l'étude du traitement des troubles de la ménopause naturelle par l'opothérapie ovarienne. Paris, 1899.

Léclezio. — Contribution à l'étude de la migraine ophtalmoplégique. Thèse de Bordeaux 1904.

Legros. — Nerfs vaso-moteurs. Thèse d'agrégation 1873.

Lévi (Léopold). — La migraine commune, syndrome bulbo-protubérantiel à étiologie variable. *Rev. neurol.*, 15 février 1905, p. 166.

Lévi (L.) et Rothschild (H. de). — Migraine thyroïdienne. Soc. méd. des hôp., 1906.

— Étude sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse. Soc. méd. des hôp., 1908.

— Hypothyroïdie et urticaire chronique. Comptes rendus de la Soc. de biol., 7 juillet 1906.

Lévy. — Essai sur les névralgies faciales. Thèse de Paris 1906.

Lévy et Baufle. — Les migraines. *Gaz. des hôp.*, n° 6, 1910.

Lévy. — Migraine. *Old Dominion Journ. med. and. scient.*, Richmond, 1908, p. 102.

Liveing. — On megrim. Sick Headache and some allied disorders. London, 1873.

— Traité de la migraine. Analyse *in Revue des sc. méd.*, III, p. 145. Paris, 1873.

Lopez. — La migraine. *Rec. d'ophtalm.*, 1906, p. 347.

Lyon. — Les migraines ophtalmique et ophtalmoplégique. Revue générale. *Gaz. des hôp.*, 1895, n° 56, p. 555.

Mackenzie. — Migraine. Syst. med. Londres, 1899.

Mangelsdorf. — Phénomènes gastriques au cours de la migraine et de l'épilepsie. *Berl. klin. Wochens.*, 1903, n° 44.

Marrs. — Nervous headache. *South. Pract.*, Nashville, 1907.

Martin. — Traité de la migraine et des autres sortes de maux de tête et des moyens de les guérir. Bruxelles, 1829.

Mathieu et Roux. — La migraine tardivement aggravée. *Gaz. des hôp.*, 1903, n° 130.

Mathieu. — Etude sur les migraines tardivement aggravées et sur les migraines tardives. *Arch. des mal. de l'app. digestif.* Paris, 1907.

Meige (H.) et Feindel. — Article « Migraine ». Pratique médico-chirurgicale, t. IV, p. 329.

Mendel. — La migraine. *Deutsch. med. Wochens.*, 17 mai 1905.

Möbius. — Die Migraine. Vienne, 1894.

Morgagni.

Müller. — Ueber die Cur des Halbseit Kopfwehs. Frankfurt a. M. 1813.

Nicati et Robiolis. — Contribution à l'étude de la migraine. Comptes rendus de la Soc. de biol., Paris, 1884.

Parhon. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la migraine. *Revue neurologique*, n° 17. Paris, 15 septembre 1910.

Parinaud et Marie. — La migraine ophtalmoplégique. *Arch. de neurol.*, 1885.

Pelletan. — De la migraine et de son traitement. Paris, 1843.

Peujade. — De la migraine. Paris, 1850.

Plavec. — Beitrag zur Erklärung der Ophtalmoplegis chen Migräne. *Deutsch. Zeits. f. Nervenh.*, 1907, p. 183.

Piorry. — Mémoire sur la migraine. Traité de médecine pratique, t. VIII, p. 75.

Putmann. — The relation between trigemin. Neur. and Migräne. *The Journ. of nerv. and mental diseases.* March. 1900.

Raulet. — Etude sur la migraine ophtalmique. Thèse de Paris 1883.

Rauzier. — Traitement de la migraine. *Arch. gén. de méd.*, n° 18, p. 1109.

Ravitch. — The thyroïde as a factor in urticaria chronica. *Journ. of cutan. diseases*, 1907, t. XXV, p. 512.

Reil. — De hemicrania sic dicta vera. Halle, 1791.

Rogers. — Migraine. *Providence med. Journ.*, 1907, p. 21-25.

Romberg. — Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1857.

Sarda. — Des migraines. Thèse d'agrégation, 1886.

Sieveking. — On chronic and periodical Headache. *Med. Times and Gaz.*, 1854.

Sil. — Un nouveau cas de migraine ophtalmoplégique. *Shorn. Klin.*, Prague, 1906.

Sirus-Pirondi. — La migraine. *Marseille méd.*, 1887.

Soudry. — De la migraine. Thèse de Paris 1864.

Soula. — Contribution à l'étude de la migraine. Migraine et arthritisme. Paris, 1884.

Spohn. — Migraine. *Detroit med. Journ.*, 1907.

Stephenson. — A note upon some unusual forms of migraine in children. *Med. Press. and Circ.*, London, 1906.

Stewart. — Migraine. *Hospital*, London, 1907.

Tardioli. — Psicosi emicraniche. *Med. ital.*, Naples, 1907.

Therman. — Migränista eli hemikraniasta. Duodecim, Helsinski, 1904.

Thomas. — La migraine. Thèse de Montpellier 1889.

— Migraine et hémianopsie. *Journ. nerv. and ment. diseases.* New York, 1907.

Tissot. — Traité des nerfs et de leur maladie. Ed. Hallé. Paris, 1855, p. 383-402.

Tombesi. — Contributo allo studio delle nevrosi emicraniche. *Gazz. med. di Roma*, 1897, p. 477-505.

Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1865.

Turzanski. — Ophtalmic migraine. *Lwow. tygodn. lek.*, 1908.

Valleix. — Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs. Paris, Baillière, 1841.

Vetlesen. — Klinische iaktagelsen ved. Yztilfœelder af Morbus Basedowi. Kristiana, 1908.

Volgnad. — Hemicrania. Wittebergœ, 1562.

Vulpian. — Leçons sur l'appareil vaso-moteur, 1875, p. 610.

Walket. — Migraine. *Journ. Amer. med. Assoc.* Chicago, 1897, 839-845.

Wallace. — On migraine. *The Lancet.* Londres, 1893.

Walton. — Migraine, an occupation neurosis. *Journ. Amer. med. Assoc.*, Chicago, 1908, p, 200-203.

Weaterhead. — A treatise on the headaches, their various causes, their prevention and cure. *Lond. med. Gaz.*, 1844.

Zahorsky. — A study of migraine. *Med. Rev.*, Saint-Louis, 1898.

IMPRIMERIE MODERNE, 8, RUE PAUL-BERT. — BORDEAUX.